

海南病院學術雜誌

平成 27 年 5 月 第 1 卷 第 1 号

2015 JA 愛知厚生連海南病院

海南病院學術雜誌

平成 27 年 5 月 第 1 卷 第 1 号

2015 JA 愛知厚生連海南病院

海南病院学術雑誌

2015年(平成 27年) 5月 第1巻 第1号 JA 愛知厚生連海南病院

目次

海南病院学術雑誌 発刊にあたり 3

【研究報告】

- ・ 機器遠隔監視システムを用いた徘徊監視の取り組み
杉村 美幸・中田 実・服部 篤史・佐藤 秀樹・鈴木 国大・西垣 明彦・
加藤 恵大・戸田 尚枝・有竹 大地・布目 舞琴・三輪 千彰・谷口 三郎 . . . 6

【看護研究報告】

- ・ 緩和ケア普及に関する今後の課題
－ 当院職員対象のアンケート調査から－
岩本 貴子・川出 英行・真弓 純・田嶋 学・大橋 洋平 12
- ・ RALP 時の頭低位に対する褥瘡予防への取り組み
～ハグユーバック[®]の形成硬度を統一して～
小島 祐二・小粥 一成・鈴木 慎治・田中 隆子・伊藤 恵美 15

【症例報告】

- ・ 海南病院栄養支援チーム (NST) の活動報告と経過中 ICU 入室となったが
NST が介入し経腸栄養から経口摂取へ移行し転院し得た 1 例
陳 真規・梅田 大視・村松 秀樹・
渡部 充・鈴木 大介・山守 越子 20

【短報】

- ・ 薬物療法における病棟薬剤師の介入事例に対する
データベース構築およびデータ分析
大谷 寧次郎・齋藤 宏明・杉浦 洋二 26
- ・ 転倒・転落防止対策について
～情報の共有の試み～
伊藤 恵美・久米 満・田中 隆子・伊藤 佳津子・戸谷 ゆかり 31

・ 当院でのメデイエーションの取り組み	
戸谷 ゆかり	35
・ 精神科デイケアを利用者のアンケートから考える	
川出 英行・濱田 葉子・中島 英貴・田中 廣美・ 櫛田 琴美・伊藤 智子・武嶋 宏治・西岡 真広	37

【活動報告】

・ 当院における発達外来の取り組み	
濱田 葉子・中島 英貴・川出 英行・ 岡 和代・小久保 稔・石川 道子	44
・ 助産外来 活動報告	
若原 梨沙・小舟戸 由美・松本 沙千・堀 愛・吉田 智子	49
・ 自費未収金回収への取り組みについて ～未収金減少へむけて～	
和田 悠希・山田 富幸	53
・ 急性期病院併設型通所リハビリテーションの 役割と現状報告	
楠 智也・南口 ひとみ	55

【その他】

・ MRI の安全性について	
川合 信也・水谷 弘二	60

【特別寄稿】

・ 病院機能評価からみた、当院のさらなる取り組みと課題 －自己評価をかえりみて－	
病院長 山本 直人	64

海南病院学術雑誌の投稿規定	68
---------------	----

【編集後記】	70
--------	----

海南病院学術雑誌 発刊にあたり

病院長 山本 直人



海南病院として、大型施設整備もいよいよ最終段階を迎えるにあたり、2015年の新年度からは、病院機能としては完成して、まずは外来をはじめとする新機能がオープンとなり、大変よろこばしいことと考えます。コンパクト・高機能・次世代型という未来を見据えたコンセプトを形にさせていただけたことは、全職員の叡智の結集の賜と思いますし、病院長として、皆さんのご努力に心よりお礼申し上げる次第です。地域医療における、海南病院の責務はますます、重要性をおびる訳ではありますが、今後も地域の信頼をさらに高める努力を全職員で行ってゆきたいものです。

私達は、長年、医療の質の向上と、医療安全への取り組みを、特に重点課題として多く取り組んでまいりましたが、組織も大変おおきくなるなか、チーム医療をさらに推進し、さまざまな部門の取り組みの情報共有、さらには、地域基幹病院あるいは教育病院として、臨床研究というアカデミアを意識した、学会発表や、論文発表が、これからの私達に求められてくるものと考えます。

さまざまな意味において、新病院の機能をさらに高め、地域に質の高い、安全で安心な医療を提供するために、本学術雑誌が創刊されることは、誠に意義深く、かならずや、おおきな実を結ぶことを確信して、皆さまと頑張ったいと存じます。学術雑誌としても、今後、投稿論文が増加して、日本の医療にさまざまな情報発信ができるまでになれますよう、取り組みをすすめてまいります。今後とも、よろしくごお願い申し上げまして、私の創刊にあたっての挨拶とさせていただきます。



【研究報告】

機器遠隔監視システムを用いた徘徊監視の取り組み

杉村 美幸・中田 実・服部 篤史・佐藤 秀樹・
鈴村 国大・西垣 明彦・加藤 恵大・戸田 尚枝・
有竹 大地・布目 舞琴・三輪 千彰・谷口 三郎

2013年に院内の電子カルテ化に伴い、徘徊患者対策のシステムとして、機器遠隔監視システム“Open Library VPS”（以下、VPS）を導入した。このVPSは、院内Wi-Fiシステムを利用して電子機器全般の利用状況やアラーム内容、また所在位置がリアルタイムに院内の電子カルテ端末（以下、PC）から確認できるものである。VPSを徘徊監視に応用したところ、有効に機能することが確認できた。

はじめに

徘徊は、患者本人の意識障害や認知機能障害によって自分のいる場所や時間の見当がつかなくなることから生じる。目的なく歩き回るため、病院内での徘徊患者への対応は、特に注意が必要である。当院は周辺に公共輸送機関や国道をかかえ、地域密着型の病院として機能している。入院患者には比較的高齢者が多い。以前は、お守り型の「アクセスコール」を徘徊対象患者に携帯してもらうことで、入院患者の徘徊による離院を防止していたが、それでも離院を完全に防ぐことが出来ず、対策が課題となっていた。^{1) 2) 3) 4)}

2013年に院内の電子カルテ化に伴い、VPSを導入した。これはME機器管理ソフトとして使用していた礫川デザイン社製“Open Library MEv3”を“Open Library ME Work Bench”（以下、OWB）に更新した時に、付属として追加したものである。このVPSでは、院内Wi-Fiシステムを利用して電子機器全般の利用状況やアラーム内容、また所在位置がリアルタイムでPCから確認できるものである。VPSを実際に徘徊監視

に応用したところ、徘徊による離院が全て回避可能となった。このVPSによる徘徊監視の取り組みを紹介する。

対象と方法

【新システム導入前】新システム導入前は、徘徊が予想される患者に対して、お守り型の「アクセスコール」を使用していた。スタッフステーション毎に監視を行うもので、送信機（お守り型）を装着した患者が廊下に設置された受信機の検知エリアに進入すると、ナースステーション内に設置された本体（受信機）が“音”や“光”でアラームを発するものである。入院病棟からの患者の離脱を予防すると共に、職員間で連絡を取り、連携して早期に患者を発見する仕組みを構築していた。しかしながら、送信機を装着した患者リストを警備室や防災センターに届けてあったが、複数の届け出がされていると、検知エリアに進入した患者を特定することが困難であった。また、検知エリアから更にどこへ移動したかを特定することが難しく、多くのスタッフが捜索に動員されることがしばしばであった。近隣の住人からの情報や警察への連絡で患者を確保する事例も発生していた。⁵⁾

診療協助部 臨床工学技術科

キーワード：徘徊監視 遠隔監視システム

【新システム導入後】新規導入システムの対象は一般入院病棟である。ただし、Wi-Fi 機器設置の都合上、近々改築予定となっている一部の病棟を除外した。患者は徘徊が予想される高次脳機能障害、認知症により徘徊及び行方不明の危険がある者を対象とした。

【運用方法】医師または看護師が対象患者やその家族に徘徊監視についてのインフォームドコンセントを行い、同意書を作成する。更に看護師が患者の顔写真を撮影する。病棟スタッフは位置情報システム (VPS) で患者情報を ID タグに登録し、ME センターで顔写真を登録する。ID タグは各病棟で定数管理し保管するものであり、万が一故障・破損時には ME センターが対応する。対象患者には、患者情報を登録した ID タグをネームバンドに取り付け (図 1)、その ID タグの位置情報を院内 Wi-Fi システム経由で監視・管理する。ID タグの登録情報及び位置情報は PC (NEC 電子カルテシステムの院内ポータル) から確認でき、顔写真入りの患者情報が確認できる。徘徊監視開始登録した患者には若草色のベスト (ハイカイベスト) (図 2) を着用してもらい、他スタッフでも目視で発見しやすい状態にした。



(図 1)



(図 2)

検査等で一時的に病棟外に行く場合は、PC 上で警告を一時停止し、警告を停止する時間は原則 30 分に設定する。患者が病棟に戻ってきたら監視再開処理を行い、監視を再開する。

【徘徊の検知】患者が登録エリアから離れると、各病棟で 2 台の PC がアラームを発する。病棟以外にも警備室、防災センター、夜間事務当直室、事務室 (事務次長)、看護管理室、医療安全対策室、ME センター等に設置された特定の PC にアラームと警告が表示される。徘徊患者の位置情報が警告色でフロアマップ上に表示され、更に登録患者の顔写真も表示される。この情報をもとに応援要請を受けたスタッフが患者の搜索、確保に向かう。警備員は入院病棟 1 階のエレベータ乗降口を監視できる位置に移動し、徘徊を監視する。患者を確保した該当病棟スタッフは、病棟にアラーム解除の連絡をし、徘徊発生の報告書を記載する。

【システムの周知方法】病棟スタッフへの周知方法は次のように行った。看護部・企画室・ME センター・礫川システムが共同で運用マニュアルを作成した。ME センターと礫川システムのスタッフが、各病棟の看護師代表者に運用方法を説明した。その後全病棟スタッフを対象に複数回の説明会を開催した。質問は ME センターが受け付けた。このように、病院全体で徘徊患者の離院防止システムの運用について周知を行った。

結 果

徘徊監視システムの導入後、数件の徘徊検知事例があったが全て院内確保できている。月に 1～2 人の ID タグ装着対象患者を認めている。確保事例を紹介する。75 歳男性、登録エリアの 6 階フロアから行方不明となり、1 階フロアで位置情報を検出した。病棟スタッフに声をかけずに家族の方と一緒に院外へ散歩に出かけていたことが原因であった。68 歳女性、登録エリアの 4 階フロアから行方不明となり、1 階フロアで検出。一人で徘徊していたところを確保した。新システム導入後、患者が一人で院外に出てしまう事例の報告はない。システム導入以前は徘徊発生時、病棟間の電話連絡だけで特定の患者を多くのス

スタッフで探しても発見が容易ではなかったが、今回の取り組みによって顔写真やハイカイベストを含めた情報の共有が可能となったため、徘徊患者の発見が容易となり、またリアルタイムの位置情報により短時間での捜索が可能になった。離院による思わぬ事故を招く可能性が極めて低くなり、患者の安全確保がより確実に言ったと言える。

しかし、一方で、誤って警報が発生した例も経験している。その原因の1つにセンサー情報が正しく捉えられなかったことが考えられる。電波(院内 Wi-Fi システム)の死角となりやすいエレベータ付近にて ID タグの電波消失の可能性、階段付近では例えば3階にいる患者が4階の検知器にて電波検出されフロア外検出が起るフロア飛びの可能性、が考えられる。2つ目に人的誤報が上げられる。病棟からリハビリに行くために監視一時停止処理をしないままフロア外に出る、ID タグを外さないまま入浴し、ID タグが水没し電波が遮断され消失表示してしまう、など適切な運用処理を忘れてしまうケースも経験した。

これらの対策として、機器の不備が原因と思われる誤報については、各フロアの天井に設置してあるエキサイタ検知器の数をエレベータ付近に追加し、エリア設定の微調整を行うことで電波の消失やフロア外検出を防止した。また、フロア飛びに関しては、1・2階への徘徊患者の出現は明らかな問題発生と見なせることから、直ちにアラームを出す、それ以外の階でフロア飛びが続く場合(今まで40秒のところ3分に延長)のみ、離棟と判断しアラームを出す、という設定変更を行った。人的誤報に対しては、対象病棟のスタッフに再度勉強会を行い適切な対応と処理を促した。これらの対応策によって、誤報件数は減少していると考えている。

考 察

VPSは元々医療機器の所在、稼働状況を目的に導入したものであるが、システムを適切に運用すれば非常に有用な徘徊監視システムとなると考えられる。運用開始時はシステムの誤作動により数件の誤報が発生したが、システムの修正を随時図り、運用初期の段階からスタッフに対する勉強会を実施し、誤報件数の減少に努めている。現在は大きな問題はなく円滑に運用されるに至っている。

当院では、他に新生児連れ去り監視にも本システムの応用を試みている。母親と新生児にペアのID監視タグをつけ、新生児を常時監視し、母親又は病院職員以外の者が新生児を連れ去ろうとすると、危険な状態とみなし、警告を発することで新生児連れ去りを防止する。産婦人科・小児科の3階フロアには合計9個のエキサイタ検知器が取り付けられており、新生児が単独でエキサイタ検知されると問題発生と見なされ、警告対象となり警告音が特定のPCから発信される仕組みである。この新生児連れ去り監視システムの運用がうまくいけば、徘徊対象患者だけでなく、新生児の安全まで確保することが可能である。そのため、機器の動作不良による誤報を減少させるためにも更なるシステムの精度向上が望まれる。また、人的誤報を減少させるためには、現場での運用周知は誤報抑制につながる重要事項であり、病棟スタッフに対する教育を強化していく必要があると考える。また、病棟スタッフ以外のリハビリなど患者と関わりを持つ部署や、問題発生時に応援要請を受けるスタッフに対しても、今後周知活動を図っていく必要があると考える。⁶⁾

当科は、今後も認知症患者にのみならず、入院患者全体の安心で安全な医療環境作りを担っていきたいと考える。

参考文献

- 1) 寺沢稔, 齊藤チヨ, 石沢信人. 入院患者に占める無断離院予備軍の評価. 日看会論集: 精看 2004;35:6-8.
- 2) 田中律子, 高田美幸, 横山崇 他. 無断離院対策の監視モニター導入がもたらした看護師の思いの変化 - 患者の人権を考慮したアクセスコールの使用を目指して -. 日精看会誌 2009;52:60-61.
- 3) 齊藤チヨ, 寺沢稔, 石沢信人. 無断離院の実態調査とその防止対策. 日看会論集: 精看 2004;35:3-5.
- 4) 磯谷留美子, 原田由美子, 白砂清子 他. 過去20年間における精神分病患者の無断離院に関する検討. 精神看護 1993;43:87-95.
- 5) 瀧川薫. 精神障害患者関連施設における看護師と福祉関係者のストレス. 滋賀医大看学ジャーナル 2005;3:42-48.
- 6) 長嶋篤志, 林秀人. 開放病棟における無断離院の現状 - 分析からみえた看護の視点 -. 日精看会誌 2010;53:446-447.

【看護研究報告】

緩和ケア普及に関する今後の課題 － 当院職員対象のアンケート調査から －

岩本 貴子¹⁾・川出 英行²⁾・真弓 純³⁾・
田嶋 学⁴⁾・大橋 洋平⁴⁾

当院では院内職員や一般市民に向けて緩和ケアの普及活動をしてきた。緩和ケアの概念がどの様に理解されているか、今後緩和ケアのどこに重点を置いて浸透させていくべきか、これらを明らかにするために当院全職員を対象にしたアンケート調査を実施した。その結果、緩和ケアの概念は全体に浸透してきていることがわかった。また、がん診療にかかわっている職員の方が、かかわっていない職員よりも理解度が高い傾向にあった。今後の課題として、診断された時から緩和ケアが始まるという考えを普及させていくこと、つまり正しい緩和ケアの普及に対する啓蒙活動を継続していくことが重要と考えられた。

はじめに

緩和ケアは死を待つだけのあきらめの医療ではない。日本緩和医療学会では、「緩和ケアとは、重い病を抱える患者やその家族一人一人の身体や心などの様々なつらさをやわらげ、より豊かな人生を送ることができるように支えていくケア」であるとしている(緩和ケア普及啓発事業ホームページ ;<http://www.kanwacare.net/>)。

厚生労働省は2007年4月に緩和ケアの正しい知識を普及することを目的に、普及啓発事業の実施計画を立案した。日本緩和医療学会がその委託を受け、Orange Balloon Projectとして実施してきた¹⁾。また、2012年6月に見直されたがん対策推進基本計画(厚生労働省ホームページ内のがん対策推進基本計画 ;http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_keikaku02.pdf)において、がんと診断されたときからの緩和ケアの推進が重点事項に位置づけられ、より早

い時期から適切に緩和ケアを提供していく体制を整備することが求められるようになった。

こうしたことを背景に、当院でも患者や家族を含めた市民の方々に向けた緩和ケアの説明文書を作成し、周知活動をしてきた²⁾。

患者や家族の正しい周知と平行して、医療従事者が緩和ケアを正しく理解していることが重要である。医療従事者の緩和ケアに対する考え方や姿勢は、患者や家族への対応を左右し、その結果、患者や家族の緩和ケアへの理解にも影響を与えうるからである。

そこで今回、緩和ケアの概念がどの様に理解されているか、今後緩和ケアのどこに重点をおいて浸透させていくべきか、これらを明らかにするために当院全職員を対象にした調査を実施したので報告する。

方 法

質問紙調査を、2013年6月に当院職員であった1,199名を対象として2013年7月に行った。

質問紙は緩和ケアをどう考えているかを尋ねる内容で、WHOの緩和ケアの定義、概念をもとに

1) 緩和ケアチーム認定看護師 2) 精神科臨床心理士

3) 総合心療センターひなが 4) 緩和ケア科

キーワード：緩和ケア 啓蒙活動 病院職員

13項目を作成し、「当てはまるを」5点、「当てはまらない」を1点とする5件法で回答を求めた。

また、対象をがん医療に関わっている職員と関わっていない職員に群わけし、2群間の得点の平均について検定を行った。統計処理にはExcel2010 (ver.14.0.61112.5000) を使用した。

なお、倫理的配慮として、対象職員に対して、研究目的、方法、参加は自由意志で拒否による不利益はないことや、個人情報保護について文章にて説明を行い、回答をもって同意とみなした。

結 果

調査対象 1,199 名のうち 1,003 名から回答を得た。回収率は 83.7%であった。性別は男性 217 名、女性 784 名、無回答 2 名であった。年齢は 36.4 ± 11.4 歳であった。

結果を表 1 に示す。全体の結果のほか、がん医療に関わる職員と関わっていない職員の結果を示した。13 項目の合計点は 57.5 ± 6.3 点で、緩和ケアの概念は浸透してきていることがうかがえた。また予想通り、がん診療にかかわっている職員の方が、かかわっていない職員よりも有意に高い得点であった。

各項目について平均 4.5 以上見られたのは『患者だけでなく家族も対象としていること。』『痛みだけでなく心理・スピリチュアルな痛みにも対応していること。』『生命を尊重し、QOL の維持・向上に貢献すること。』『家族への支援は患者の死後も視野に入れて居ること』つまり『グリーフケアも視野に入れていること』などであった。緩和ケアの重要なポイントがよく理解されていると考える。

一方、平均点が 4.0 に満たなかったのは『病期間わず利用できること』『化学療法や放射線療法と平行・連携して利用できること』であった。これらの結果は厚生労働省主導の緩和ケア

普及啓発事業（厚生労働省ホームページ内のがん対策推進基本計画、http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_keikaku02.pdf）の方向性と一致している。

考 察

緩和ケアの理解について、当院全職員を対象にしたアンケート調査を実施した。その結果、緩和ケアの概念は全体に浸透してきていることがわかった。また、がん診療にかかわっている職員の方が、かかわっていない職員よりも理解度が高い傾向にあった。しかしながら、理解の中身について分析すると、緩和ケアは病期を問わず実施可能であること、がんの告知時から始まることが重要であること、についての認識が今ひとつ不十分な印象を受けた。今後はこの考えの普及を更に浸透させていくことが大切と考える。

今回の調査により、緩和ケア概念の浸透状況と今後の課題が明らかになったと考える。がんと診断されたときから緩和ケアを浸透させていくための取り組みとして、日本緩和医療学会は緩和ケア普及啓発に関する手引き書の中で、以下の「5つのアクション」を掲示している³⁾。すなわち、1. 患者・家族の心情への配慮とコミュニケーション、2. 適切な情報提供と意思決定支援、3. 苦痛のスクリーニングと適切な症状マネジメント、4. 専門的緩和ケアの利用、5. 患者・家族のニーズに応じた治療・療養の場の選択、の5つである。これらに沿って、患者・家族に質の高い緩和ケアを提供し、サポートしていくことを通じて、正しい緩和ケアの普及に対する啓蒙活動を今後も継続していくことが大切だと考える。

表1 アンケートの項目と各項目の平均点

項 目	全体 (n=968)	がん医療者 (n=462)	それ以外 (n=504)	
① がんだけでなく、生命を脅かす疾患の方も対象である	4.02	4.00	4.03	n.s.
② 患者だけではなく、家族に対してもアプローチする	4.79	4.86	4.72	****
③ 病期を問わず、早い段階からアプローチする	3.85	3.95	3.76	*
④ 痛みだけでなく、その他のつらい症状も和らげる	4.72	4.80	4.64	****
⑤ 生命を尊重し、死を自然の過程ととらえる	4.64	4.71	4.58	**
⑥ 死を早めたり、引きのばしたりしない	4.31	4.42	4.21	****
⑦ 患者の心理的、スピリチュアルな面もケアする	4.73	4.81	4.66	****
⑧ 死を迎えるまで、患者がいきいきと生きていけるように支える	4.65	4.68	4.63	n.s.
⑨ 家族が患者の病気や死別後の生活に適應できるように支える	4.52	4.64	4.42	****
⑩ 患者と家族のニーズに応えるためにチームでアプローチする	4.69	4.76	4.62	****
⑪ QOL(生活の質)を高めて、病気の過程により影響を与える	4.47	4.51	4.44	n.s.
⑫ 延命のためのほかの治療(化学療法、放射線療法)とも連携できる	3.80	3.73	3.87	n.s.
⑬ つらい合併症の理解と対応をよりよくするための研究も含む	4.26	4.26	4.26	n.s.

*: p<0.05, **: p<0.01, ***: p<0.001, ****: p<0.0001

参考文献

- 1) 厚生労働省委託事業 緩和ケア普及啓発事業. 緩和ケア普及啓発事業活動報告 オレンジバルーンプロジェクト(OBP)レポート. 日本緩和医療学会, 2012:1-3.
- 2) 高橋千恵, 青木ひふみ. 地域住民への緩和ケア普及活動～イベント参加の活動報告～. 日本緩和医療学会学術大会プログラム・抄録集, 2012:17:329.
- 3) 厚生労働省委託事業 緩和ケア普及啓発事業. 緩和ケア普及啓発に関する手引書. 日本緩和医療学会, 2013:7-11.

RALP 時の頭低位に対する褥瘡予防への取り組み ～ハグユーバック®の形成硬度を統一して～

小島 祐二・小粥 一成・鈴木 慎治・田中 隆子・伊藤 恵美

ロボット支援下前立腺全摘術（以下 RALP）が保険適用となって以降、全国各地で da Vinci・サージカルシステムが急速に普及しつつある。この手術は頭低位と呼ばれる、頭側に 28～30 度傾斜をかける特殊な体位を強いられる。そのため、患者は強い負荷や摩擦力が、骨突出部や皮膚表面に生じることが推定される。今回我々は、陰圧型体位固定具（以下ハグユーバック®）形成硬度を、専用の圧測定器を用いて適正值を求め、左肩から左肩峰、右肩から右肩峰、仙骨にしばしば生じる NPUAP 分類でステージ I の褥瘡の軽減を試みたので報告する。

はじめに

2012 年 4 月に RALP が保険適用となったが、当手術センターも 2013 年 5 月より前立腺癌に対し、da Vinci Si(Intuitive Surgical, Inc.) による RALP を開始し、2014 年 4 月までに 43 症例の手術を行った。

今回、RALP 時に起きた問題に対する手術センター看護師の取り組みと、その結果について報告する。

RALP は前立腺癌に対して行われる手術で、メリットとして、①腹腔鏡下手術と同様に傷口が小さく、低侵襲で手術後の痛みも少ないことから、術後の回復が早い。②カメラで術野を拡大して見ることができ、開腹手術よりも自由に見たいところを見ながら、手術を行うことができる。③炭酸ガスによる気腹下で手術を行うため、出血量が少ない。④アーム操作の精度も高いことから、より正確な切除・縫合ができる、などが挙げられる。

しかし、デメリットとして、手術中に頭低位と呼ばれる、頭側に 28～30 度傾斜をかける特殊な体位を強いられる。そのため、患者は手術開始時よりも、さらに強い負荷や摩擦力が、骨突

出部や皮膚表面に生じることとなる。

頭低位に対する安全な体位固定を行うために、ハグユーバック® (Allen Medical Systems, 輸入元村田医療機器株式会社)、イエローフィン®、ショルダーサポート、ヘッドギア、の 4 つの体位固定具を選定した。後 3 者はハグユーバック® にオプションとして用意されている固定器具である。また、体位固定時の褥瘡予防のために、左肩から左肩峰、右肩から右肩峰、仙骨、左肘、右肘の 5 カ所に、パーミロール® (日東メディカル) を貼布した。しかしながら初期の症例において NPUAP 分類でステージ I 程度の発赤を生じた症例を認め、その対策を探った。

方 法

1) ハグユーバック® 内部には小さな弾性ビーズが入っており、陰圧を加えて空気を抜くことにより弾性ビーズが固まり、形状を維持する仕組みになっている。陰圧の加え方により形成硬度が変化する。このときの形成硬度については、推奨とされる設定硬度が無いため、RALP を担当する看護師と医師 8 名が参加し、被験者となり、適切な形成硬度を調査した。また、ハグユーバック® の形成硬度と体位変換

手術センター

キーワード：ロボット支援下前立腺全摘術 RALP 褥瘡

時の身体のずれに対する評価を行った。ハグユーバック[®]の形成硬度を設定する陰圧は、専用の圧測定器、BIO-TEK DPM-III Universal Biometer (Bio-Tek Instruments Inc.)を用いて測定した。

2) ハグユーバック[®]の形成適正硬度設定前と設定後の患者の2群に分け、比較検討した。患者の背景因子として、両群の、年齢、BMI、手術時間、血中ヘモグロビン値、血清総蛋白、血清アルブミン値を比較した。更に、術直後の褥瘡発生を比較検討した。両群とも体位固定に使用する固定具は、同じ条件とした(ハグユーバック[®]、イエローフィン[®]、ショルダーサポート、ヘッドギアの4種類)。

結 果

異なる吸引圧でハグユーバック[®]の形成硬度変えながら8名の被験者を用いて検討した(表1)。その結果、 $-30 \sim -34$ mmHgの陰圧をかけたときの形成硬度が適正であることが判明した。 $-25 \sim -29$ mm Hgの群では、形成硬度が「柔らかい」と答えた人数が多く、頭低位時の身体のずれも被験者自身の評価、他者の評価、共に「ずれあり」と答えた者が多かった。一方、 $-30 \sim -34$ mmHg群では、形成硬度が「ちょうど良い」と答えた人数が多く、頭低位時の身体のずれも主観、他者評価と共に「ずれなし」の答えが多かった。

このハグユーバック[®]の形成硬度をRALPに導入し、導入前と後の患者について比較検討した。この2群の患者背景は血清アルブミン値以外に有意な差を認めなかった(t検定)(表2)。褥瘡の発生について検討すると、適正形成硬度導入前は、NPUAP分類でステージI程度の発赤の出現を認めていたが、その内訳は21症例中、左肩から左肩峰:16症例、右肩から右肩峰:14症例、仙骨:9症例であった(発赤の判定には、発赤判定ツールを使用)。適正形成硬度導入後

の22症例では、2症例で発赤を認めるのみであった(表3)。比率の検定を行うと有意な発赤の減少と判定された(カイ2乗検定)。

考 察

ハグユーバック[®]は手術時、手術時の様々なポジショニングに用いられている、陰圧型の体位固定具である。特に頭低位(トレンデレンブルグ位)をとる手術の際には患者の体を安定して包み込み、頭頸部への負担を軽減する。しかしながら、適切な形成硬度を作るための陰圧はどのくらいが適切であるかというデータは製造業者からは提供されていない。そのため従来はハグユーバック[®]の陰圧設定は個々の手術で統一性を欠いていた。我々は術後の骨突出部や皮膚表面へ生じるNPUAP分類でステージIの褥瘡は、ハグユーバック[®]の形成硬度が関係しているのではないかと推測した。青木ら¹⁾は、患者の視点に立ち、実際に体験したことで患者との関わりは短時間ではあるが、立場をより深く理解することに有用であると述べている。また、実際に体位固定をする際、過剰な圧迫や伸展はないかなど、観察点が統一される、と述べている。これらの視点に基づいてRLAPを担当する看護師・医師が患者体験を行い、設定圧を検証した。

表1 ハグユーバック®の硬度の印象（健常人 n=8）

陰圧をかけたときの形成硬度		
	吸引陰圧 —30～—34mmHg 群	吸引陰圧 —25～—29mmHg 群
ハグユーバック™の形成硬度に対する評価		
柔らか過ぎる	0	1
柔らかい	1	4
ちょうど良い	6	3
硬い	1	0
硬過ぎる	0	0
頭低位時の背部や仙骨など身体のずれに対する被験者の評価		
ずれあり	3	7
なし	5	1
頭低位時の背部や仙骨など身体のずれに対する他者の評価		
ずれあり	2	7
なし	6	1

表2 ハグユーバック®の形成硬度設定前後2群の背景因子

背景因子	ハグユーバック®の 形成硬度設定前 (n=21)	ハグユーバック®の 形成硬度設定後 (n=22)	P 値
年齢	67.2±5.39	64.7±4.97	NS
BMI	22.6±2.75	24.2±2.74	NS
手術時間（分）	229.8±53.6	215.0±33.30	NS
ヘモグロビン（g/dl）	13.5±0.83	14.0±1.05	NS
総蛋白（g/dl）	7.1±0.40	7.2±0.31	NS
アルブミン（g/dl）	4.3±0.30	4.6±0.27	0.0075

表3 両群褥創発生件数の比較

	ハグユーバック®の 形成硬度設定前 (n=21)	ハグユーバック®の 形成硬度設定後 (n=22)	P 値
左肩～肩峰	16	1	0.0001
右肩～肩峰	14	2	0.0001
仙骨	9	1	0.0003

参考文献

- 1) 青木みゆき, 刈金恵美子, 野田志津代, ほか:
手術体位の工夫と改善～自らの体験を生かして
～ 医療法人孝仁会誌 2005;13:33-34.
- 2) 吉田晴, 高橋めぐみ, 田中菜奈子, 多田祐二
ほか: ダヴィンチサージカルシステム導入にお
ける手術体位固定—25°頭低位碎石位の体圧・ず
れ力の検証— 日手看会誌 2012;8:252.
- 3) 増田千津, 藤井千代, 溝口三輝ほか: 当院手
術室における体圧管理に関する検討 香川労災
病院雑誌 2013;19:39-42.

【症例報告】

海南病院栄養支援チーム (NST) の活動報告と 経過中 ICU 入室となったが NST が介入し経腸栄養から経口摂取へ 移行し転院し得た 1 例

陳 真規^{1) 2)}・梅田 大視²⁾・村松 秀樹²⁾・
渡部 充香²⁾・鈴木 大介²⁾・山守 越子²⁾

当院の栄養支援チーム (Nutrition Support Team: 以下 NST) は、かねてより活動していたが 2014 年 10 月より管理栄養士が NST 専従となり人員が整ったため、栄養サポートチーム加算の算定を開始し 6 ヶ月間で 357 件の算定を行った。主治医からの依頼により介入している。現在、週 3 回の回診を行い 1 ヶ月で 15 名前後に介入している。NST が介入した軽快患者のうち、入院前は摂食可能であった患者が状態悪化で食事摂取が困難となり経腸栄養を施行したが、栄養状態の改善及び多職種で介入することにより経口摂取が可能となり転院することができた。NST における多職種の専門知識の集結が治療に寄与したと考えたので報告する。

はじめに

海南病院での栄養支援チーム (以下: NST) は、2002 年から褥瘡と栄養不良対策委員会の下部組織と位置づけ活動を開始していた。2010 年診療報酬改定で新設された栄養サポートチーム加算 (以下: NST 加算) ではあったが、NST 加算の算定に関する施設基準である専従・専任が確保できず、算定に至らなかった。

今回、管理栄養士が NST 専従として配置できることとなり、2014 年 10 月より栄養サポートチーム加算 (2010 年に多職種のチームによる栄養管理への取り組みを評価するものとして新設され、栄養障害の状態にある患者又は栄養管理を行わなければ栄養障害の状態になる事が見込まれる患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士が共同して必要な診療を行った場合に当該患者について、週 1 回に限り所定点数: 200 点に加算する)¹⁾ を算定でき

る運びとなった。

NST の意義は、栄養管理はすべての疾病治療に共通する最も基本的な医療とされ、一人の患者を異なる職種の複数の専門家がお互いの知識・技術を持ち寄り、チーム医療を行うことにより最善の治療が実施できると考えられる。そのほか、主治医の負担軽減、包括医療において、医療費の削減 (入院期間の短縮、医薬品の濫用防止、不要な輸液の中止) などが挙げられ²⁾、実際に栄養に関すること (栄養状態の改善、栄養療法に伴う合併症の軽減) や入院期間の短縮の結果として医療費の削減につながったという報告³⁾もある。

また、栄養管理がなぜ重要なのかということは、言うまでもないが適正な栄養補給が健康を維持するための基本であり、適切な栄養補給が行わなければ身体の構成成分が正常に維持できず、その機能を正常に発現できない、と言う考えに基づいて行われている⁴⁾。さらに当院のような急性期の患者の治療にあたる病院では、大きな侵襲を伴う病態が多く存在することは、容易に想像できる。そのため、状態に応じた適切な栄養管理が重要と考えられる。

1) 栄養科 2) NST メンバー

キーワード: NST 経腸栄養 経口摂取

また、高齢社会の今日、高齢者が増加し容易に自宅退院することが難しくなっており後方病院へ転院することも多い。より簡易な栄養療法の選択も重要な要件の一つとなっており、NST 介入が有用と考えられる。

概要

現在、週 2 日の火曜日・金曜日を活動日とし、金曜日は午前・午後の 2 回に分かれ合計 3 回の回診を行っている。介入患者数は、1 ヶ月に 15 名前後で、対象患者の抽出は原則主治医からの依頼により介入している。2014 年 10 月より算定している NST 加算は 6 ヶ月間で 357 件算定することができた。

回診メンバーは、医師、摂食・嚥下障害看護認定看護師（以下：NST 専任看護師）、病棟看護師、薬剤師、管理栄養士、言語聴覚士で行っており、理学・作業療法士、臨床検査技師、事務(医事課) から随時情報提供を受けている。回診方法は、病棟でカンファレンス実施し、回診を行い、方針決定・主治医への提案という流れで行っている。

症例

今回、NST が介入した軽快患者のうち、入院前は摂食可能であった患者が、食思不振により経腸栄養を施行した。全身状態の悪化で心停止となり ICU 入室するも、経腸栄養投与による栄養状態の改善及び多職種で介入することにより、入院前と同様に経口摂取が可能となり転院することができた 1 例を経験したので報告する。

症例：79 歳、女性。

主病名および合併症名：化膿性脊椎炎、糖尿病、仙骨部褥瘡。

主訴：腰痛、食思不振、既往歴：腰椎圧迫骨折（2013 年 8 月）

現病歴：

2013 年 11 月他院にてリハビリテーションを目的で入院中に強い腰痛を訴え、2 日後に酸素化不良、血圧低下、意識レベル低下 (JCS:2) を認め、当院に転院となった。化膿性脊椎炎と診断され抗菌薬加療を開始し、意識レベルも回復していたため入院時から食事提供を開始したが、意識レベル低下 (JCS:20) を認め、食事摂取ができない状況が 3 日間続き NST に依頼があった。

主な身体所見：

NST 介入時、身長 145cm、体重 36.8kg (2 ヶ月前の体重は 41.8kg で体重減少率は 2 ヶ月で 12% の高度な体重減少を認めた)、BMI17.5 とるいそうを認めた。皮膚所見では、乾燥等は認めず良好。体幹と足背部には浮腫を認め、仙骨部に DESGIN-R19 点の褥瘡あり。排便回数は 1 日 5、6 回と多いが、排便量は少なく便性状は軟便であった。

血液生化学検査：

白血球数 (以下：WBC) 15,600/ μ L、総リンパ球数 (以下：TLC) 2,420/ μ L、ヘモグロビン (以下：Hb) 8.9g/dl、血清総タンパク (以下：TP) 3.9g/dl、血清アルブミン (以下：Alb) 1.2g/dl、血清ナトリウム (以下：Na) 130mEq/L、血清カリウム (以下：K) 6.0mEq/L、血清クロール (以下：Cl) 101mEq/L、尿素窒素 (以下：BUN) 40.2mg/dl、クレアチニン (以下：Cr) 1.37mg/dl、C 反応性蛋白 (以下：CRP) 24.59mg/dl。

経過：

4 病日目に NST が初回介入し、経鼻胃管 (以下：NGT) による経腸栄養剤の投与を開始した。基礎代謝量 (以下：BEE) は、910kcal とし、活動係数は、抑制帯を使用するほど体動が激しかった為 1.2 とし、ストレス係数は褥瘡より重度低栄養と判定し 1.6 とした。推定エネルギー必要量 (以下：TEE) は、1,747kcal と設定した。経腸栄養剤は Cr 1.37mg/dl、BUN 40.2mg/dl と腎機能障害を認めた為、高エネルギー、低たんぱく質の栄養剤 (600kcal、たんぱく質 6g/日) を使用し 50ml ずつ漸増させた。末梢静脈栄養法 (以下：

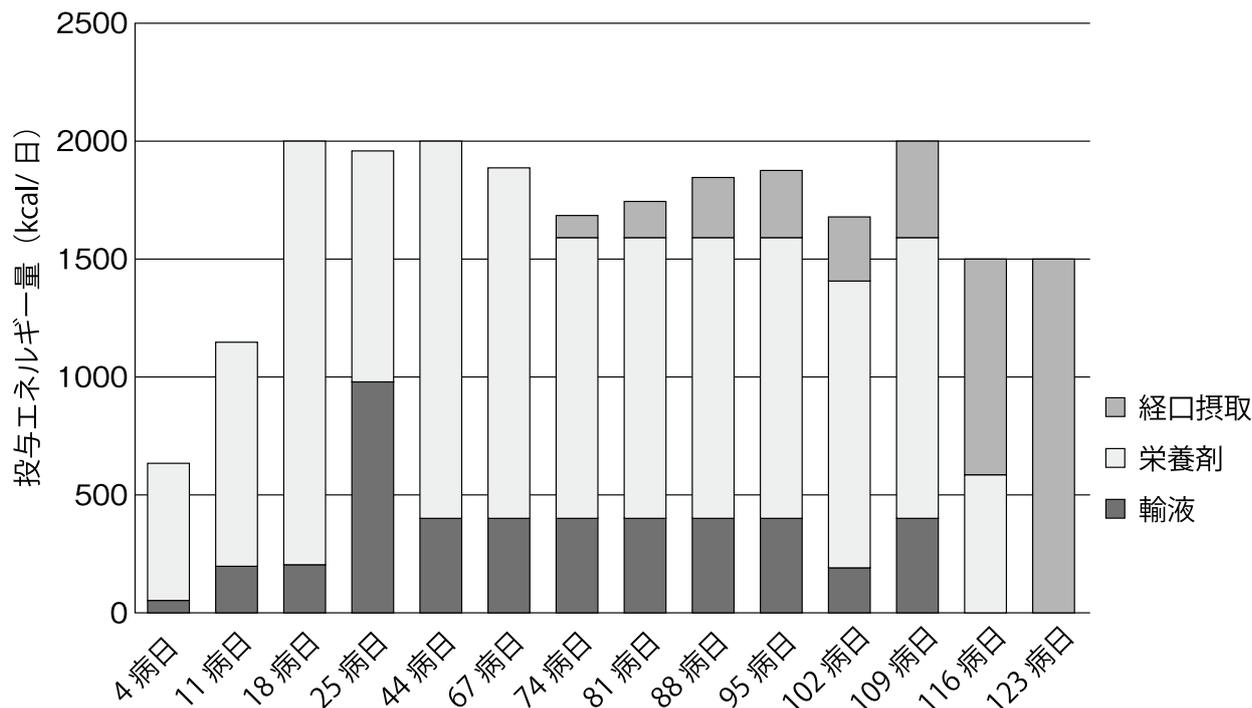
PPN) よりアルブミン製剤を3日間投与し、浮腫の軽減を図った。水分補給の目的に使用する輸液については、K6.0mEq/Lと高値であったため1号液500mlを投与した。たんぱく質投与量は、0.8g/kgとして36.5gを目標とした。11病日目には、Cr 0.57mg/dl、BUN 11.7mg/dlと改善を認め、たんぱく質の負荷を1.0g/kgとし45.6gへと増量した。投与エネルギー量もTEEを満たすため2kcal/mlの高エネルギー栄養剤(1,200kcal、たんぱく質43.8g、塩分1.6g)へと変更した。また、K値は5.3mEq/Lまで低下したが、PPNは1号液を継続し、経腸栄養剤と合わせてK投与量は1日Total:15.6mEq/Lで補正を行った。K値は、16病日目で3.1mEq/Lと改善を認めた。しかし、31病日目に胸水貯留による酸素化不良をきたし心停止となりICU入室し、一時NST介入は中断した。44病日目に全身状態の改善を認めた為一般病棟に退出し、46病日目から介入を再開した。ICU担当医により標準栄養剤を1,500kcal、たんぱく質60gで施行されており、腎機能は、Cr 0.95mg/dl、BUN32mg/dlとやや高値であった。便性状は水様便で、胸水・浮腫を認めた為、下痢の改善及び水分制限を優先にNGT(経鼻胃管)を10Fr.から14Fr.へ入れ替え、より生理的な消化吸収が期待出来ると考えられている⁵⁾半固形状流動食(1,600kcal、たんぱく質64g、水分700ml)へ変更した。TEEは、胸水・浮腫により体重でのエネルギー量の再評価は難しいが、38℃の発熱を認めエネルギー必要量が増加すると判断し、ストレス係数を1.4とし1,660kcalを目標とした。51病日目に下痢の改善及び浮腫の軽減を認め、水分制限を緩和しTEEの充足の為に水分の多い半固形状流動食(1,800kcal、たんぱく質60g水分1,400ml)へ変更し、エネルギー量の増量を行った。腎機能は、Cr1.08mg/dl、BUN22.4mg/dlと悪化を認めず、褥瘡がある為たんぱく質量を1.3g/kgへ増量した。褥瘡は52病日目に治癒。53病日目には体幹部、足背共に浮腫の改善を認めた。72病日目に直接嚥下

訓練の妨げにならないようにNGTを14Fr.から10Fr.へ交換した。その際チューブ閉塞を危惧し、液状の標準栄養剤(1,200kcalたんぱく質54g)を使用した。また、水分補給を目的も兼ね、併用するPPNは高濃度糖加維持液、200kcal、を用いた。半固形状流動食投与時は、下痢などの消化器所見は認められなかったが下痢の予防の為、経腸栄養ポンプで50ml/hで開始し、便性の確認を病棟看護師と共通の便スケール(King's Stool Chart)⁶⁾を用い排便状況を確認し栄養量・投与速度を漸増させた。腎機能は、Cr 0.69mg/dl、BUN21.9mg/dlへ改善した。嚥下訓練は、言語聴覚士(以下:ST)が介入し、間接訓練から開始した。体重は41.2kgで浮腫は認められず、37℃の発熱がありストレス係数を1.2とし、TEEは1,660kcalから1,360kcalへ目標量を減量した。経腸栄養については、経口摂取量に応じてTEEを満たすように漸減し、食事形態はSTと協議し、全粥や芋類の柔らかいものから嚥下機能に見合う形態を提供し、間接訓練開始より約2ヶ月間の嚥下訓練を経て1日3回の嚥下訓練食(1,200kcal/日)が可能となり経腸栄養は中止となった。活動係数は、歩行訓練開始で1.3へ、ストレス係数は軽度炎症を認め1.2とした。TEEは1484kcalで不足した為、嗜好を聞き取り甘い補助食品(300kcal/日)を付加し、合計1,500kcalが摂食可能となった。体重は、41.8kgと増加を認め、NST介入終了となった。このとき浮腫は改善していた。退院時、WBC 5,800/ μ L、TLC 1,490/ μ L、Hb11.7g/dl、TP 6.1g/dl、Alb 3.0g/dl、CRP 0.22mg/dlでリハビリテーション病院へ経口摂取で転院となった。(図1)

考 察

患者状態に応じて、腎機能や下痢の状態、胸水・浮腫の優先順位を考え、病態に合致した栄養剤の変更を行い、栄養状態の改善を図ることができた。また、経口摂取を目標とし早期より間

図1. エネルギー投与量の経過



接訓練を開始したことにより、NGTによる栄養投与と併用して栄養量の確保ができたと考えられる。経口摂取については、長期間絶食であったため、回診時に口腔内環境をST及びNST専任看護師により観察を行い、間接訓練より開始した。直接訓練開始にあたって、管理栄養士がST及びNST専任看護師より情報を得てゼリー食での開始となった。全粥を少量より開始し副菜も摂食可能となり、摂食状況に合わせて食事内容を調整した。NST回診は週1回のため、管理栄養士が頻りに病室へ伺い摂食状態及び排便状況を観察し、嗜好の聞き取りを行ったことも摂食量の増加に伴う栄養状態の改善に寄与したと考えられる。

結 語

NSTが関わることにより、各職種の専門的な意見が取り入れられ状態に応じた最善の栄養管理が行うことができた結果、効率の良い栄養管理ができたと考えられる。

このような栄養管理は、治療効果の改善、予後の改善、合併症の軽減、入院期間の短縮、薬剤使用(抗生剤など)の軽減につながると考えられる。更に、医療費の削減にもつながると期待出来る。今後NSTの目標として、介入患者数を拡大させ、一人でも多くの患者にNSTとして栄養管理を実施し、病院全体の医療の質の向上に貢献したい。

参考文献

- 1) 診療点数早見表. 東京:医学通信社, 2014.
- 2) 病態栄養専門師のための病態栄養ガイドブック. 一般社団法人日本病態栄養学会編. 大阪:メディカルレビュー社, 2013.
- 3) 東口高志, 五嶋博道, 清水克彦 他. 中核病院におけるNSTの経済効果. 静脈経腸栄養 2002;17:7-13.
- 4) 静脈経腸栄養ガイドライン. 日本静脈経腸栄養学会編. 東京:照林社, 2013:133-137.
- 5) 合田文則. 胃瘻からの半固形短時間摂取法ガイドブック. 東京:医歯薬出版, 2006.

6) K Whelan¹, PA Judd, MA Taylor. Assessment of fecal output in patients receiving enteral tube feeding: validation of a novel chart. *Eur J Clin Nutr* 2004;58:1030-1037.

【短報】

薬物療法における病棟薬剤師の介入事例に対する データベース構築およびデータ分析

大谷 寧次郎・齋藤 宏明・杉浦 洋二

病棟薬剤師は日々の業務として、医師の処方に関する照会を通じて様々な薬物療法への介入を行っている。今回、病棟薬剤師が医師に対して実施した介入事例について、薬剤科全体で情報共有することを目的とし、その内容を集積できるデータベースシステムを構築した。本研究では、医療安全の観点からそのデータの分析を行ったので報告する。分析の結果、薬剤師の介入は、薬歴や検査値などのカルテから得られる情報のみではなく、患者の訴えから得られる情報も収集して評価を行い、医師の治療に対して積極的に関与している状況が明らかとなった。また、介入の結果、約86%が処方の変更につながっていたことから、関与内容も適正であると考えられた。病棟薬剤師による薬物療法における介入は、「薬物療法の実施による有効性・安全性の向上」「医薬品適正使用の推進による治療効果の向上と副作用の防止」に貢献することができていると考えられた。

はじめに

病院における薬剤師の業務は非常に多岐にわたっている。その中でも病棟薬剤師の業務に関して、日本病院薬剤師会は次のように述べている。すなわち、「最適な薬物療法の実施による有効性・安全性の向上」・「患者 QOL の向上」・「医薬品適正使用の推進による治療効果の向上と副作用の防止による患者利益への貢献」・「インシデント・アクシデントの減少」・「チーム医療の推進」を目標として掲げている¹⁾。当院の薬剤部においても、同様の事柄を目標とし、病棟業務を行っている。

病棟薬剤師は日々の業務として、処方に関する問い合わせ等を医師に対して行い、様々な薬物療法への介入を行っている。しかし、どのような介入を行い、その結果どうなったのかということは、把握されていなかった。適切な介入を行っても、その内容は薬剤科全体で共有されていないため、当事者もしくはその関係者のみが知りうる

情報となる傾向があった。

今回、病棟薬剤師が医師に対して実施した様々な介入事例を可視化して全体で共有することを目的とし、薬剤師が薬物療法に対して何らかの関与を行った際にその内容を集積できるデータベースシステムを構築した。これらのデータの中で、我々は、医療安全の観点からそのデータの分析を行った。

方法

病棟業務に従事する薬剤師は、薬物療法における介入（問い合わせ等）を行った際に、その都度その内容を我々が構築したシステムに入力することとした。データベースシステムは Microsoft Access を利用し、薬剤部にて作成した。図1に、その記入例を示す。対象病棟は、薬剤師が配置されている全病棟とした。調査期間は2014年5月1日から31日の1ヶ月間とした。

各薬剤師が入力した薬物療法における介入の内容を次のように分類した。①介入の方法（薬剤

薬剤科

キーワード：病棟薬剤師 薬物治療 介入

図1 薬物療法における介入を行った際に入力するデータベースシステム

師からの働きかけによる能動的な関与か、質問を受けての受動的な関与か)、②介入の結果(介入の内容が、処方に反映されたか)、③介入の根拠(介入の際に根拠とした情報)、④介入の種類(介入の際に根拠とした情報)、④介入の種類(介入の際に根拠とした情報)の4つである。介入の内容は介入を行った当事者本人(病棟薬剤師)が入力し、介入内容の分類は病棟係長(病棟薬剤師統括責任者)が行った。

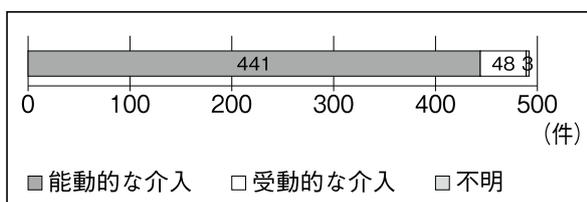
結果

対象期間中の薬物療法における介入の総件数は、492件であった。介入の内容を分類した結果を以下に示す。

① 介入の方法

薬剤師からの働きかけ(能動的な介入)が441件(89.6%)、質問を受けての対応(受動的な介入)が48件(9.8%)、不明が3件(0.6%)であった(図2)。

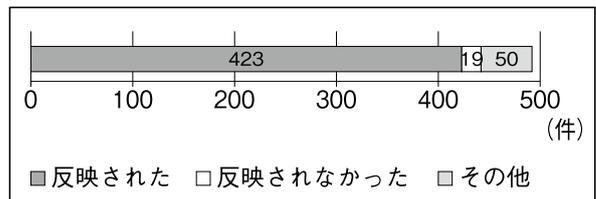
図2 介入の方法 (n=492)



② 介入の結果

介入の内容が処方に反映されたものが423件(86.0%)、反映されなかったものが19件(3.9%)、その他が50件(10.2%)であった。(図3)

図3 介入の結果 (n=492)



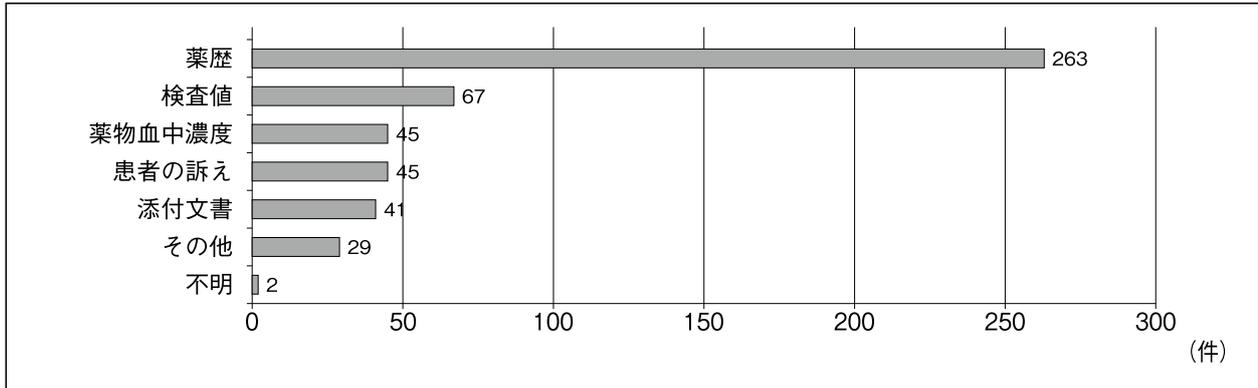
③ 介入の根拠

根拠の内訳を、図4に示す。全492件中263件が薬歴を根拠とする介入であった。定期処方への入力依頼だけでなく、重複処方への削除依頼・休薬薬剤の再開可否の問い合わせ・注射投与と速度の修正依頼等が行われていた。検査値を根拠とした介入では、腎機能低下患者に対する薬剤の投与量変更依頼が半数を占めていた。また、抗がん剤による骨髄抑制が発生した患者の化学療法中止依頼や抗生剤による肝機能障害疑い患者への薬剤変更依頼等が行われていた。患者の訴えを根拠とする介入は、化学療法実施患者から副作用の訴えに対する支持療法の提案や、処方された薬剤を服用できない患者に対する剤形

変更、ご家族からの内服管理の相談による一包化依頼等の介入が行われていた。薬物血中濃度を根拠とする介入では、バンコマイシンの血中濃度解析が多くみられたが、シクロスポリン、ポリ

コナゾール、ジゴキシンの血中濃度解析による介入も行われていた。添付文書を根拠とする介入は、主に用法用量遵守の依頼が行われていた。

図4 介入の根拠 (n=492)



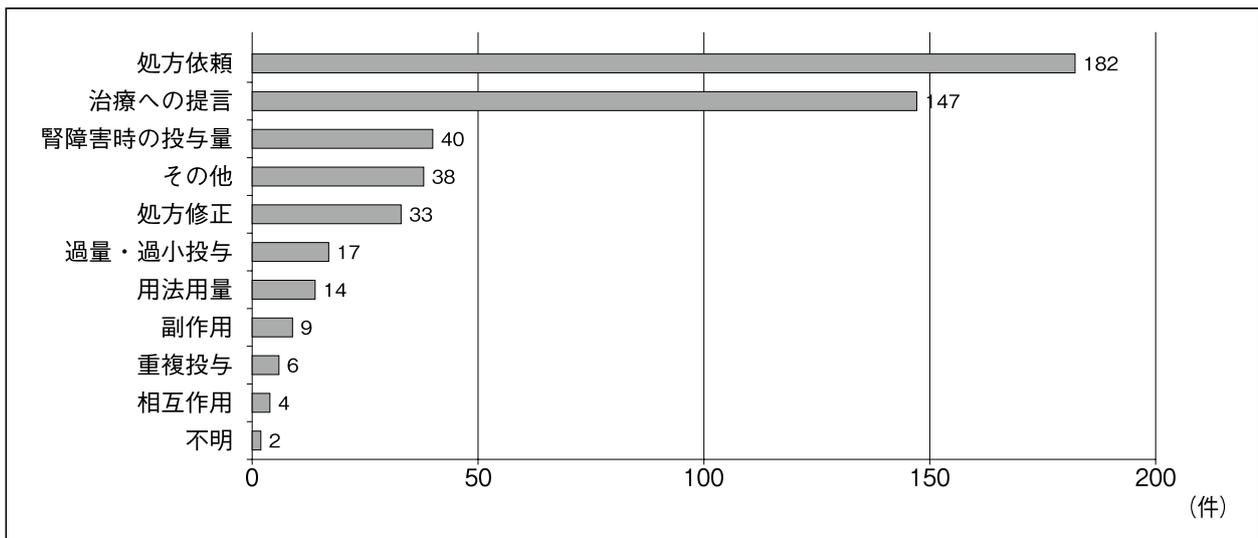
④ 介入の種類

介入の種類の内訳を、図5に示す。「処方依頼」では、定期処方や麻薬処方、持参薬から院内処方へ切り替えるときの介入、が多く見られた。

薬剤師から医師へ行った「治療への提言」は、

抗菌剤変更の提案、処方管理困難患者への処方の簡略化提案、抗がん剤使用患者の減量依頼、栄養療法的设计、投与経路の変更依頼等であった。

図5 介入の種類 (n=492)



考 察

本研究により、薬剤師から医師に対する薬物療法への介入の大部分が能動的に行われていることが示された。また、介入の内容が高率で処方に反映されていることから、適切な介入が行われていると考えられた。病棟において薬剤師は、薬物治療に対して積極的な関与を行っており、かつその内容も適正であると考えられた。

薬剤師は、薬歴・検査値・薬物血中濃度・患者の訴えなどを根拠として介入していることが示された。薬剤師が介入を行う際には、薬歴や検査値など、薬物治療に関わる様々な情報をカルテから収集し、評価している。また、今回の報告では患者の訴えを根拠とする介入も示されている。薬剤師は、服薬指導を期に患者から様々な情報を収集している。服薬指導によって患者に情報を与えるだけでなく、患者から副作用兆候や内服可否の訴えなどといった薬物治療に関わる情報を積極的に引き出して、評価している。

介入の種類では、処方依頼が大半を占めているが、治療への提言の件数も多い。これは、処方された薬剤に関する評価に加えて、今後の薬物治療についての治療計画にも薬剤師が関わることができることを示している。

また、介入の結果、約86%が処方の変更につながっていることから、関与内容も適正であると考えられた。従来の報告^{2) 3)}でも同様の結果が得られており、病棟薬剤師による薬物療法における介入は、「薬物療法の実施による有効性・安全性の向上」「医薬品適正使用の推進による治療効果の向上と副作用の防止」に貢献できていると考えられる。

介入事例をデータベースに集積することにより、従来は知りうるができなかった他病棟における関与事例を可視化することができた。薬剤師の介入によって医師が処方を変更した事例について、さらに追跡評価できるシステムに

については、今後拡張することを考えている。これにより医薬品適正使用の推進による治療効果の向上と副作用の防止等に大きく寄与できると思われる。更に我々は、関与事例の集積を増加させ、分析および共有を継続的に行うことを考えている。これは病棟薬剤師、特に若手のレベルアップに有用なツールとなると思われる。また、本データベースシステムは、処方リスクの低減、更には院内の医療安全に貢献する上で有用な評価手段になることが期待される。

本研究により、病棟薬剤師は薬物療法において様々な介入を行っていることが示された。病棟薬剤師から医師に対する介入は、薬物療法の有効性・安全性の向上、医薬品適正使用の推進による治療効果の向上や副作用の防止に貢献できていると考えられた。

表1. 薬物療法における介入の具体的事例と分類

介入の具体例 (介入内容の分類：方法・結果・根拠・分類)	
<p>持参薬にファモチジンがある患者にランソプラゾールの処方あり、主治医に確認。ファモチジンは中止になった。</p>	(能動・反映された・薬歴・重複投与)
<p>肝機能上昇ありフルルビプロフェン内服中だった患児が、肝酵素落ち着いてきたためアスピリンへ変更するかの確認</p>	(能動・反映された・臨床検査値・治療への提言)
<p>血液腫瘍に対し抗がん剤治療していた患者が近日中に退院することになった。 患者夫婦共に高齢であり、奥さんから内服管理の簡便化について相談があり、医師へ簡便化のため一包化調剤や朝用法の統一など、用法の簡便化を提案した。</p>	(能動・反映された・患者の訴え・治療への提言)
<p>抗がん剤投与量について医師より相談あり。①クール目にグレード4の好中球減少あったため②クール目 75%へ減量推奨→受け入れられた。</p>	(受動・反映された・検査値・治療への提言)
<p>腎機能が低下している患者へのベンジルペニシリンカリウム投与につき、投与量の設定について医師より相談を受けた Cer30 程度のため75% 300万単位×6を依頼した。</p>	(受動・反映された・検査値・腎障害時の投与量)
<p>持参薬にパーキストン配合錠L100内服の患者が誤嚥性肺炎にて入院。持参薬など内服中止の指示あり。パーキンソン病治療ガイドライン 2011を確認し、レボドパへの代替を提案し、換算比を情報提供した。</p>	(能動・反映された・添付文書情報・治療への提言)
<p>経皮的中心静脈カテーテル (PIカテーテル) の先端が抜けて末梢静脈 (PV) 扱いになった患児。体重600gと極末の児で血管も細くルートもなかなか取れないので、TPN用総合ビタミン製剤は静脈炎を起こしやすいこともあり、中止を提案。 → 中止となった。</p>	(能動・反映された・その他・治療への提言)
<p>以前真菌感染疑いで治療されており改善したが、βDグルカンが急激に上昇したので真菌剤の処方の必要性を話し合った。結果として経過観察する方針となった。</p>	(能動・反映されなかった・臨床検査値・治療への提言)

参考文献

- 1) 日本病院薬剤師会 薬剤師の病棟業務の進め方 (Ver.1.1) . 日病薬師会誌 2013;49:10-25. テ導入後の調剤業務における薬学的介入の検討. 医療薬 2009;35:558-564.
- 2) 大滝康一, 粟屋敏雄, 飯田慎也 他. 薬学的介入記録票解析による病棟薬剤師業務の効果検証. 医療薬 2014;40:463-470.
- 3) 新迫恵子, 若杉博子, 安田幸代 他. 電子カル

転倒・転落防止対策について ～情報の共有の試み～

伊藤 恵美・久米 満・田中 隆子・
伊藤 佳津子・戸谷 ゆかり

患者の転倒・転落の危険度を把握する方法として、入院時に看護師が転倒転落アセスメントスコアシートを使用し、危険度評価を実施している。従来、危険度評価の結果をリストバンドに記入する方法をとっていたが、評価情報の更新に伴ってリストバンドの情報が更新されず、正しい評価情報をリストバンドから把握するのが難しくなっていた。今回我々は電子カルテに情報を反映させ、評価更新情報を共有する手段を考案し、良好な結果を得たので報告する。

はじめに

患者の転倒・転落の危険度を把握する方法として、我々は、入院時に看護師が転倒転落アセスメントスコアシート¹⁾(図1)を使用し、危険度評価を実施している。その評価で危険度II・IIIと評価された患者は黒マジックでネームバンドに記入、他職種にも危険度が把握できるよう取り組んできた。またスコアによる危険度の把握と危険度に応じた転倒・転落の危険防止策を実施していた。しかしこの取組みにおいて患者の危険度に変化があった場合に、リストバンドの情報が修正されていない例が多く見られた。そのため、患者の危険度がリストバンドからは判断できないものとなっていた。

そこで、危険度の把握手段として、電子カルテ(NEC MegaOakHR R7)に情報を反映させ情報を共有する手段を考案し実施したので報告する。

方 法

1) 下記運用を2013年11月から開始した。

- ①入院時の転倒・転落アセスメントスコアにて評価した結果を、患者個人画面検温表のイベント欄に入力する(図2)。検温表は、医師・多職種のメディカルスタッフにて共有できるので、この欄を活用することにした。
- ②毎週水曜日に定期評価を行う。患者の状態が変化した時は随時再評価を行う。転倒・転落発生時にも再評価を行う。これらの更新情報はイベント欄へ修正情報として入力する。
- ③患者の危険度に応じた、転倒・転落危険防止対策²⁾を実施する(表1)。
- ④検査技師、放射線技師、セラピストが画面上で患者の危険度を把握した上で、患者の対応を行う。

2) 転倒・転落アセスメントスコアのイベント欄への入力状況について、運用開始後一定期間調査した。

- ①調査期間：第1回 2014年5月20日～5月23日、第2回 2014年6月2日～6月6日。
- ②調査方法：各病棟に通常看護業務と兼務するメディカルセーフティマネージャー(MSM)を配置しているが、MSMが所属病棟の患者のデータを電子カルテ上でチェックした。

結 果

MSMによる電子カルテのデータチェックの結果は次のようになった。

第1回調査 対象患者 532人に対して入力数 410件 入力率 77%。

第2回調査 対象患者 450人に対して入力数 498件 入力率 90%。

この運用により、看護師は患者の危険度に関する情報の把握が迅速に出来るようになり、他職種でも電子カルテを開いた際に、最初に検温画面が表示されることから、その把握が安易になった。

院全体で患者の安全を意識した環境作りに取り組みたいと考える。

考 察

今回導入した電子カルテへの危険度評価入力には、看護師・医師・理学療法士・放射線技師・検査技師が互いに情報共有し、患者の転倒・転落予防に取り組むために有用な手段と言える。当初、イベント欄の入力は十分行えるか危惧されたが、実際に開始してみると、約半年で90%の入力率に達していた。しかしながら、100%の入力率には至っていない状況であったことから、今後は看護部医療安全委員会が、看護師がイベント欄への確実かつ適切な情報入力ができるように指導していく必要があると考える。危険度を可視化することは事故防止につながると言われている³⁾。この欄への確実かつ適切な情報入力により、患者の転倒・転落に対する危険度を把握し、その予防策がいかなる場面においても確実に実施できるようにしたいと考えている。

新しいシステムを利用して患者の転倒・転落の危険度を把握する仕組みを整えた。我々は対象となる全患者において、必要な情報が職種横断的に共有されることが望ましいと考えている。そのために、本来入力が必要な患者に対して100%の入力ができるよう看護師へ指導・啓蒙を今後とも継続していきたい。

更に、イベント欄の情報から、関連するスタッフすべての協力により患者の安全を確保し、病

図1 転倒・転落アセスメントスコア

転倒・転落アセスメントスコア

年齢 : 70歳以上・9歳以下(2)

既往歴 : 過去に転倒・転落したことがある(1ヶ月以内)(2)

感覚 : 視覚障害がある(1)
 聴覚障害がある(1)

機能障害 : 麻痺または痺れがある(1)
 骨・関節に異常がある(拘縮・変形)(1)

活動 : 足腰の弱り・筋肉の低下がある、又は未熟である(2)
 車いす・杖・歩行者を使用している(2)
 ふらつきがあり、移動に介助が必要である(3)
 離床開始時期又は訓練中。病状・ADLが急に回復又は悪化している時期(2)
 寝たきりの状態であるが手足は動かせる(1)

認識力 : 1見当識障害・意識混濁・混乱がある
 2認知障害がある
 3不穏行動がある
 4判断力・理解力・記憶力の低下がある
 5ナースコールを押さないで行動しがちである
 6ナースコールを認識できない・使えない
 1~6のどれか当てはまると(4)

薬剤 : 睡眠・精神安定剤(2)
 7麻薬
 8鎮痛薬
 9降圧剤・利尿剤
 10浣腸緩下剤
 7~10のどれか当てはまると(1)

排泄 : 11尿・便秘がある
 12頻尿・便秘又は下痢がある
 13夜間トイレに起きる
 14ポータブルトイレを使用している
 11~14のどれか当てはまると(3)

環境 : 環境の変化(入院生活・転棟)に慣れていない(1)

合計 点

レベル:

*レベルⅡ以上は看護計画を立案する。危険度Ⅱ・Ⅲは黒のマジックでネームバンドに記入する

図2 電子カルテの検温表の一部を示す。最も左側に最新の情報を表示(↑↑)、過去の情報は入力日の下に表示される(↑)。日付をスクロールしても最も左側の情報(↑↑)は変化しない。

経過表	カードックス	ケア予定	ケアセット	患者状態	実施入力	問題(新規)	問題(編集)			
<input type="button" value="⏪"/> <input type="button" value="⏩"/> <input type="button" value="⏴"/> <input type="button" value="⏵"/>	日付	イベント	グラフ	食事	バイタル	I/O	各科検	処方	注射	注射実
	病理	指示コマ	予約	記事	付箋	観察	一般重	脳外科	心臓外	CCU重
日付	11/14(木)		11/15(金)		11/16(土)		1			
病日	97日		98日		99日					
移動情報(感染病棟-診療協助)										
転倒・転落スコア15点→13点	転倒・転落スコア15点→13点		1日		2日					
体温	脈拍	呼吸								
41.0	160	30								
40.5	150	28								
40.0	140	26								

表1 患者の危険度に応じた、転倒・転落危険防止対策

	危険度Ⅰ(0～5点)	危険度Ⅱ(6～14点)	危険度Ⅲ(15点以上)
患者の観察	<ol style="list-style-type: none"> ADLの評価、自立度を把握する。 排泄の頻度、時間などのパターンのアセスメント及び男女のフィジカルアセスメントを加味した状態把握をする。 鎮痛剤、睡眠剤などの服用後は、その影響をアセスメントする。 	危険度Ⅰに加えて <ol style="list-style-type: none"> ADLに変化がないか観察する。 全身状態の把握から起こりうる認識力の変化などを予測する。 	危険度Ⅱに加えて <ol style="list-style-type: none"> 医師を含めたチーム全体で連携して、観察できるよう協力を得る。
環境整備	<ol style="list-style-type: none"> シフトが替わる毎に担当者は以下のチェックをする。 <ol style="list-style-type: none"> ベッドの高さ、ストッパー固定の確認。 ベッド柵及びその効果の確認。 ベッド周囲の障害物の確認、整理。 ナースコール、ポータブルトイレの適切な位置の確認。患者の身の回り、床頭台に必要なものの確認と整理。 	危険度Ⅰに加えて <ol style="list-style-type: none"> 患者の安全を確認できるよう照明の工夫。 リストバンドに危険度を記入し他スタッフに危険度が分かるよう明記する。 オーバーテーブル・点滴スタンドは、可動性のないものと交換する。 ベッド周囲にマットや枕・低床にするなど患者に応じて打撲のショックを和らげる工夫を行なう。 ベッド柵にスペンサーを取り付ける。 小児は高柵を使用する。 	危険度Ⅱに加えて <ol style="list-style-type: none"> ナースステーションに近い観察の目が行き届く部屋への転室。 ベッド柵を患者が外さないように固定した、頻回に観察を行なう。
指導・援助	<ol style="list-style-type: none"> 排泄パターンに基づいた誘導。 適切な衣類、履物の選択の指導。 ベッド、周囲の器具・装置・ナースコールなどの使用方法の説明。日中の離床を促し、昼夜のリズムをつける。家族、チームメンバーと事故の危険を共有し、理解を得る。(Dr及びNsより安全確保の為に安全帯の同意を得る。) 	危険度Ⅰに加えて <ol style="list-style-type: none"> ナースコールにはすばやく対応する。 患者に理解できるよう相手のペースに合わせた十分な説明を行う。 患者歩行時の歩き方などの指導と見守り。 正しいトランスファー技術で介助する。 頻回に巡視を行なう。 必ず最後まで見守る。 検査や他科受診、移動時必ず患者を一人にしない。 	危険度Ⅱに加えて <ol style="list-style-type: none"> 車椅子乗車時は、ずり落ちないように見守る。また、必要に応じて安全帯を使用する。

参考文献

- 平成14年版看護白書．東京：日本看護協会，2002.
- 医療安全推進のための標準テキスト．東京：日本看護協会，2013:21-22.
- 河野龍太郎．医療におけるヒューマンエラー第2版．東京：医学書院，2014:33-50.

当院でのメディエーションの取り組み

戸谷 ゆかり

医療安全管理者としての事故調査の現場を学んだ者がメディエーターとして関わることで、患者医療者間の関係の再構築に効果的で、紛争事案が円満に解決する事例が増加したので報告する。

はじめに

医療メディエーターは、医療事故や治療への不満、説明不足などで生じた認識上の齟齬により患者・医療者間で発生した紛争に中立的な立場で介入し、対話を続け、患者と医療者間の信頼を取り戻すことを目的とする。医療安全管理者と院内メディエーターは兼任することに異論を唱える意見もあるが、当院では医療安全管理者としての経験から調査・検証結果に基づきメディエーターとして取り組み、若干の成果を得たので具体例を示し紹介する。

対象と方法

医療事故または治療方針や予測を上回る合併症により、患者・家族と紛争に発展したケース122件(平成15年から起こった医療紛争130件のうち平成20年以降の122件)について検討した。

1. 患者家族の語りを聞く -- 要求は何かを確認する。
2. 医療者の語りを聞く -- 医療者としても思いを聞く。

3. イシュー(争点)となっている要因について、分析を行い、医療者、患者家族のポジション(語り)より、深層にあるインタレスト(本当の要求)、治療方針、合併症、医療事故、苦情などで怒りを感じたのは具体的に何かを明確にする。
4. 調査した内容と、患者家族のインタレストの照合を行い、調査内容に不足があれば再調査を行う。
5. 患者側との話し合い前に医療者側と打ち合わせを行う
6. 三者(患者家族・医療者・メディエーター)での話し合いの場を設定する。「聞き取り」「分析」「調査」「3者面談」などの技法¹⁾を使いメディエーションを行った。

結果

紛争となった原因は「転倒・転落などの事故による後遺症(骨折や外傷)が不満」「予測を上回る合併症による後遺症が残り不満」「医師の治療方針に納得できない、こんな悪い結果になると聞いていない」「医師・看護師の態度やケアが納得できない」などの認知の齟齬が原因であった。発生した事例で130件のうち、平成20年以前の6件は弁護士による金銭的な解決に頼っていたた

医療安全管理部 医療安全管理室

キーワード：医療安全管理者 メディエーター

め、対応期間が長くかかり患者側、医療者側にも精神的な負担が大きく疲弊していた。平成20年以降の、メディエーターとして介入した122件については、直接話し合いを行い、繰り返し対話の機会を持つことにより、患者・家族との信頼回復に繋がり、賠償のみの解決ではなく、和解により継続的關係が保てるようになった。平成20年、21年に5件の決別事例があるが平成22年以降には訴訟になるような事例の発生はなく90%以上が和解解決となっている。

まとめ

医療安全管理者としての事故調査のノウハウを学んだ者がメディエーターとして関わることで、患者・家族が本当に知りたいと思っている具体的な内容で対話を広げることができるため、患者医療者間の關係の再構築にはより効果的であった。「怒りは二次的な感情」で、必ず怒りを表している感情には理由がある、メディエーションの理論を学び「恐れない・あきらめない・待つ」²⁾を念頭にアプローチをすることで、紛争だけでなく普段のケア場面における患者対応に応用できるため、各部門の管理者がメディエーションのスキルを身につけ、早期に対応する事が紛争の予防につながる。

参考文献

- 1) 和田仁孝, 橋本迪生, 中西淑美, 長谷川剛. 医療コンフリクト・マネジメントの考え方.
- 2) 患者安全推進ジャーナル別冊 認定病院患者推進協議会, 2009:8-13.
- 3) 和田仁孝, 中西淑美. 医療メディエーション—コンフリクト・マネジメントへのナラティブ・アプローチ—. 東京:有限会社シーニュ, 2011:112.

精神科デイケアを利用者のアンケートから考える

川出 英行¹⁾・濱田 葉子¹⁾・中島 英貴¹⁾・
田中 廣美²⁾・櫛田 琴美²⁾・伊藤 智子²⁾・
武嶋 宏治³⁾・西岡 真広³⁾

精神科デイケアは治療の場であり地域社会での生活を支援するための場でもある。近年、薬物療法の発展や、支援の方向性や社会情勢が変化し、デイケアの多様化が進んでいる。当デイケアもプログラムの見直しを図る必要が生じたため、24名の利用者を対象にアンケート調査を実施したところ、20名の回答(男性11名、女性9名、年齢40.60±13.37歳)を得た。結果、性別や通所期間を問わず、患者が望む目標・願いがあり、好まれるプログラムがある一方で、性別や通所期間の長さによって異なる目標・願いや、好みのプログラムがあることが明らかとなった。長期通所者のマンネリ化が懸念され、通所期間が5年以上になると目標が少なくなり、プログラムへの意欲が低下することが推察された。今後は、患者がコミュニケーションをとる、楽しめる、収穫を感じられる、そのようなプログラムの工夫が重要であると考えられた。

はじめに

当院精神科は小規模デイケアネバーランドを1997年8月より開催している。2013年5月現在、1日あたり9.8名の利用者(以下、メンバー)が通所している。

デイケアは治療の場であるとともに、地域社会との橋渡しとしての役割を担っている¹⁾。引きこもりがちなメンバーにとって、デイケアは社会と触れあうはじめの一步となり、人間関係ははじめ社会的スキルを身に付ける場となる。更に、医療者と普段から接点を持つことで再発や症状増悪の際には迅速な対応が受けられるなど、様々な治療的意義があり²⁾、その効果も検証されている^{3) 4)}。その方法として、デイケアでは守られた環境の中で小さな社会を経験できる場と様々なプログラム活動を提供する。プログラムは、興味や関心の幅を広げ、自己表現できる創作活

動、体力作りと達成感を体験できるスポーツ、コミュニケーションや生活での必要なスキルを学ぶSST (Social Skills Training)、LST (Living Skills Training) などがある。スタッフは一般的には看護師の他、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理士などで構成されるが、当デイケアでは看護師と臨床心理士が従事している。

近年は、薬物療法の発展、精神疾患の軽症化や社会問題化、入院治療から在宅医療中心への変化、生活支援および就労支援の重点化など社会情勢が変化し、デイケアの多様化が進んでいる⁵⁾。

我々もまた地域や時代の流れに応じていく必要がある。それ故にプログラムが適切に行われているか評価し、見直す必要がある。我々はこれまでアンケートを実施してプログラムの見直しを図ってきた⁶⁾が、前回アンケートから数年が経過していたこともあり、メンバーを対象にアンケート調査を行ったところ、いくつかの知見を得たので報告する。

1) 精神科臨床心理士 2) 精神科看護師 3) 精神科

キーワード：精神科デイケア 社会的スキル 臨床心理士

対象と方法

2013年5月、当施設に登録をしていたメンバー24名を対象とし、20名から有効な回答を得た。性別は男性11名、女性9名で、平均年齢は40.6±13.4歳であった。疾患の内訳は統合失調症8名、発達障害10名、その他6名であった。

方法は対象患者にデイケアに関するアンケートで行った。アンケートの内容は、①目標・願い②プログラムの好み、によって構成した。「目標・願い」は幾つかの選択の中から当てはまるものを自由にチェックするようにした。「プログラムの好み」については、各プログラムについて、好きを5点、嫌いを1点として5件法で評価するように求めた。アンケートはデイケア開催中に記入を依頼した。自力での回答が困難なメンバーに対しては聴き取りを行った。アンケートは男女別、通所期間は5年未満と5年以上の別について群分けし、解析した。

なお倫理的配慮として、対象にアンケート協力の依頼文書を手渡し、口頭による説明を行った。アンケートの回答は無記名で処理され、デイケアの運営や研究にのみ使用すること、回答は自由で拒否しても不利益はないこと、回答をもって主旨に同意とみなすことを伝えた。

対象と方法

結果を表1～4に示す。目標・願いについてはチェックのあった人数と標本におけるチェック率を、プログラムについては得られた点数の平均値を示す。対象の人数が少ないため、統計検定は行わなかった。

性別では男女問わず、生活リズムを整えたい、体力をつけたい、の2項目は過半数が望んでいた。男性は仕事や家事のスキルを求め、女性は病気やひととうまくつきあうこと、自分にあった楽しい生活を過ごすことを望んでいた。プログラムは男女問わずクリスマス会、茶話会、LSTが好まれていた。男性ではカラオケと卓球が、女性ではゲーム大会、調理や買物が人気であった。

通所期間別でも、期間にかかわらず望まれているのは、生活リズムを整えたい、体力をつけたい、の2項目であった。ほか、人と上手に付き合いたい、も過半数あった。しかし通所5年以上では、この他は話し相手や友達をつくりたい、のみ過半数で、通所5年未満の方は多くの項目で半数以上チェックがあった。通所期間問わず好まれているプログラムは、クリスマス会、茶話会、卓球で、5年以上の方で特に好まれているのはカラオケで、全体的に5年未満の方は様々なプログラムを好んでいた。LST、SST、調理など学習プログラムの他、ゲーム大会も好んでいた。

考 察

メンバーの多くが生活リズムを整え、体力をつけたいと願っている。実際、メンバーの多くは、睡眠と生活リズムの問題を抱え、非常に疲れやすい様子が見られる。他の点では性別によって目標、願いに違いはあるが、好むプログラムとは必ずしも対応していないように見受けられる。好まれるプログラムは楽しめるもの、あるいはLSTのようにスキルの習得を目指しているが、運営の性質上、各々のメンバーが持っている知識・スキルを最大限に活かそうとしているものであった。必要性や意義は理解できても、喜びや面白みを感じにくいものは好まれないのではないかと考えられた。

また、通所期間別の結果は、5年以上のメンバーにマンネリ化が起こっていることをうかがわせるものであった。通所5年以上になると目標が少なくなり、プログラムへの意欲が低下することを反映していると考えられる。

以上より、今後のデイケア運営は見直していく必要がある。メンバーの目標、願いに応えられるプログラム運営という視点からは、幾つかの方針が考えられる。コミュニケーションをとりながら、楽しみながら、必要なスキルを身に付けることができるようなプログラム運営や、手応えや成果を

つかめ、日常生活に実際に活かせるプログラム運営である。また、自分が誰かの役に立てる経験がもてるプログラム運営という視点も重要であろう。これらはマンネリ化の予防・改善にもつながると考える。

北岡⁷⁾は居場所型デイケアの治療的意義について「治療的な実体というよりも、むしろ治療が宿場所をつくる営み」と述べている。メンバーがデイケアという場に受け容れられ、所属感を持ち、安心し、かつ楽しめるということ。そして自分がすでに持っているものが誰かの役に立つことを経験するとともに、自分にはない知識やスキルの習得に喜びを感じる。そして主体性を発揮し、自分で自分を支える力があることに気づき、これを育み、生きていくということ。これらはプログラムの運営についても重要である。

具体的には、LSTなど既に好まれ、かつ有用と考えられるプログラムの開催頻度を増やす方法がある。また、調理プログラムを、かんたん調理と称し、簡単に手に入る材料や残りやすい材料をつかって、初めてでも簡単に取り組み、その日から生活に役立つレシピを扱う。さらに当事者研究の導入を検討している。これはメンバーの自身の症状や苦しみを研究テーマとして遊び心やユーモアを交えながら対象化し、参加者全員で分析、対応策を検討する、というプログラムである。

今回、アンケートの実施、分析はデイケアの評価と方針の見直しに有用と考えられた。今後、改善を試みて一定期間を経て、再び見直しを図りたい。

表1 患者の持つ「目標」・「願い」と性別

	全体 (n=20)		男性 (n=11)		女性 (n=9)	
	実数	回答率	実数	回答率	実数	回答率
生活リズムを整えたい	13	61.9%	7	63.6%	6	66.7%
体力をつけたい	13	61.9%	8	72.7%	5	55.6%
自分の病気と上手に付き合っていきたい	12	57.1%	5	45.5%	7	77.8%
人と上手につきあいたい	11	52.4%	5	45.5%	6	66.7%
楽しく毎日を過ごしたい	11	52.4%	5	45.5%	6	66.7%
自分にあった生活をつくりたい	11	52.4%	5	45.5%	6	66.7%
話し相手や友達をつくりたい	10	47.6%	6	54.5%	4	44.4%
自分の気持ちを上手につたえたい	10	47.6%	3	27.3%	7	77.8%
充実した毎日を過ごしたい	10	47.6%	3	27.3%	7	77.8%
家の外に居場所を作りたい	9	42.9%	3	27.3%	6	66.7%
家事を身につけたい	9	42.9%	6	54.5%	3	33.3%
金銭管理を身につけたい	9	42.9%	4	36.4%	5	55.6%
外出できるようになりたい	8	38.1%	4	36.4%	4	44.4%
パートやアルバイトの仕事をしたい	8	38.1%	6	54.5%	2	22.2%
身だしなみをととのえたい	7	33.3%	4	36.4%	3	33.3%
自分の病気や薬について学びたい	7	33.3%	3	27.3%	4	44.4%
フルタイムの仕事がしたい	4	19.0%	4	36.4%	0	0.0%
作業所に行きたい	3	14.3%	1	9.1%	2	22.2%
回答率の平均		43.7%		41.4%		51.2%

表2 プログラムの評価と性別

	全体 (n=20)	男性 (n=11)	女性 (n=9)
	平均	平均	平均
クリスマス会	4.00	3.80	4.25
茶話会	3.85	3.91	3.78
ゲーム大会	3.69	3.44	4.00
L S T	3.63	3.70	3.50
カラオケ	3.56	4.11	2.86
S S T	3.53	3.60	3.40
卓球	3.50	4.00	2.89
誕生日会	3.39	3.50	3.25
生活に役立つ調理	3.35	3.20	3.57
生活に役立つ買物	3.31	3.09	3.80
遠足	3.29	3.63	2.83
オカリナ演奏	3.06	3.22	2.88
ミーティング	3.00	2.78	3.25
手作りの会 創作活動	2.93	2.89	3.00
書道	2.67	2.50	2.86
ボランティア清掃	2.59	2.80	2.29
園芸	2.56	2.73	2.29
パソコン教室	2.54	2.88	2.00
全体	3.22	3.30	3.10

表3 患者の持つ「目標」・「願い」と通所期間

	全体 (n=20)		5年未満 (n=8)		5年以上 (n=12)	
	実数	回答率	実数	回答率	実数	回答率
生活リズムを整えたい	13	61.9%	7	87.5%	6	50.0%
体力をつけたい	13	61.9%	6	75.0%	7	58.3%
自分の病気と上手に付き合っていきたい	12	57.1%	7	87.5%	5	41.7%
人と上手につきあいたい	11	52.4%	5	62.5%	6	50.0%
楽しく毎日を過ごしたい	11	52.4%	6	75.0%	5	41.7%
自分にあった生活をつくりたい	11	52.4%	6	75.0%	5	41.7%
話し相手や友達をつくりたい	10	47.6%	3	37.5%	7	58.3%
自分の気持ちを上手につたえたい	10	47.6%	7	87.5%	3	25.0%
充実した毎日を過ごしたい	10	47.6%	5	62.5%	5	41.7%
家の外に居場所を作りたい	9	42.9%	4	50.0%	5	41.7%
家事を身につけたい	9	42.9%	4	50.0%	5	41.7%
金銭管理を身につけたい	9	42.9%	5	62.5%	4	33.3%
外出できるようになりたい	8	38.1%	5	62.5%	3	25.0%
パートやアルバイトの仕事がしたい	8	38.1%	4	50.0%	4	33.3%
身だしなみをととのえたい	7	33.3%	2	25.0%	5	41.7%
自分の病気や薬について学びたい	7	33.3%	5	62.5%	2	16.7%
フルタイムの仕事がしたい	4	19.0%	3	37.5%	1	8.3%
作業所に行きたい	3	14.3%	1	12.5%	2	16.7%
回答率の平均		43.7%		59.0%		37.0%

表4 プログラムの評価と通所期間

	全体 (n=20)	5年未満 (n=8)	5年以上 (n=12)
	平均	平均	平均
クリスマス会	4.00	4.71	3.67
茶話会	3.85	4.44	3.50
ゲーム大会	3.69	4.57	3.20
L S T	3.63	4.25	3.22
カラオケ	3.56	3.14	4.00
S S T	3.53	4.13	3.13
卓球	3.50	3.56	3.58
誕生日会	3.39	4.00	3.17
生活に役立つ調理	3.35	4.25	2.80
生活に役立つ買物	3.31	4.00	3.00
遠足	3.29	4.00	3.00
オカリナ演奏	3.06	2.71	3.45
ミーティング	3.00	3.00	3.00
手作りの会 創作活動	2.93	4.00	2.44
書道	2.67	3.40	2.55
ボランティア清掃	2.59	3.14	2.45
園芸	2.56	3.00	2.45
パソコン教室	2.54	3.25	2.50
全体	3.22	3.54	3.03

参考文献

- 1) 窪田彰. 精神科デイケアの始め方・進め方. 東京:金剛出版, 2004.
- 2) 川出英行. 精神科デイケアにおける臨床心理士の役割. 臨心理 2004;4:73-77.
- 3) 川出英行, 福智寿彦, 村手恵子, 伊東安奈, 鳥井美紀, 兼本浩祐. デイケア通所者の通所前後における生活能力および入院日数の変化 - 外来のみの都市型クリニックにおける検討 -. 精神科治療 2003;18:1087-1092.
- 4) 村手恵子, 福智寿彦, 野々山智子, 川出英行, 加藤文恵, 兼本浩祐. デイケアにおけるスポーツプログラム導入の精神分裂病患者に対する効果 - 社会生活能力の改善および社会参加に果たした役割 -. 臨精医 2002;31:1397-1403.
- 5) 福智寿彦. デイケアの多様性と格差、そしてイノベーション. デイケア実践研究 2011;15:111-115.
- 6) 日高美江, 真弓純, 平野道生, 谷川智子, 川出英行, 浜田葉子, 山内貴恵. デイケアプログラムに関するアンケート調査 - 統合失調症と精神発達遅滞の比較 -. 日本デイケア学会第16回年次大会抄録集 2011;216.
- 7) 北岡美世香. 居場所としての精神科デイケアの治療的意味. デイケア実践研究 2013;17:3-11.

【活動報告】

当院における発達外来の取り組み

濱田 葉子¹⁾・中島 英貴¹⁾・川出 英行¹⁾・
岡 和代¹⁾・小久保 稔²⁾・石川 道子³⁾

発達障害、とりわけ明確な知的障害をもたない発達障害の一群に対して関心が高まる中、当院では2005年から小児科で医師による発達障害の専門外来をスタートしている。今回、2005年1月から2012年9月までの受診記録を基に発達外来の取り組みを調査した。発達外来への受診経路は、当院小児科と院外の医療機関からの紹介が大多数を占めたが、学校や保健センターなど他の関係機関からの紹介もみられた。院内では当院小児科におけるNICU退院後のフォローとの連携、院外に対しては継続的な診療及び支援要請に応える体制があったと考える。また、支援の内容に関し、積極的なコンサルテーション(環境調整)、継続的な支援、心理士の関わり、の3点から考察した。医師が直接学校に出向いて行うコンサルテーション、早期からの丁寧な継続支援、心理士の個別カウンセリングを含め幅広い支援の提供、という点に当院における発達外来の特色があったと考える。今後は、地域の支援機関や支援者と連携していく体制も探っていきたい。

はじめに

発達障害、とりわけ明確な知的障害をもたない発達障害の一群に対する関心は近年高まっている。発達障害とは、自閉症スペクトラム障害、注意欠如・多動性障害、学習障害を含み、生得的な脳の機能障害が推定される、幼児期までに診断される障害で、社会性や想像力の障害、多動、不器用、感覚過敏など広範な領域に発達のアンバランスを抱えていることが多い。

発達障害患者に対する支援の社会的要請が高まり、2005年4月に発達障害者支援法が施行され、支援に関する国および地方公共団体の責務が明らかにされた。続いて、障害関連法規が改正され、支援の仕組みが徐々にできつつある¹⁾。

当院小児科では、ちょうど発達障害者支援法が施行された2005年より、発達障害の専門外来(以下発達外来)を開設し、診療をスタートした。

発達障害児に対しては早期発見・早期療育が求められることに加え、併存障害や精神疾患への適切な治療的介入が重要とされ、専門医による診療をを求める声は多い。また福祉や教育などと連携した発達障害児・者に対する地域支援が重要であり、地域における医療機関に求められる役割もある。

今回、発達外来に関わる診療と支援の実践について、現在発達外来を担当している医師が診察を開始した2005年1月からのデータを振り返るとともに、支援のあり方について検討したので報告する。

対象と方法

2005年1月から2012年9月までに当院小児科発達外来を受診した患者472名のカルテなど受診記録を基に、性別、初診時年齢、地域、来院経路、診断の内訳、合併症、知能検査結果、支援の内容について調査した。

当院の発達外来は週に1日、1名の非常勤医師による専門外来である。

1) 臨床心理士 2) 小児科

3) 武庫川女子大学文学部心理社会福祉学科

キーワード：発達外来 発達障害 臨床心理士

結 果

新患患者の総数は472名(男児:356名、女児:116名)であった。初診時の年齢は8歳が最も多く、幅は1歳から17歳と広い。地域(図1)は、弥富市が15%、津島市、愛西市、蟹江町、あま市を含む海部地区が36%、名古屋市(中村区、中川区など)は16%で、その他県内(稲沢市、一宮市など)が13%で、9%は県外(桑名市など)からであった。来院経路(図2)は、当院小児科からの紹介が38%と最も多かった。院外の医療機関からが33%、学校や保健センターなど他の関係機関が11%であった。診断の内訳は99%が自閉症スペクトラム障害であった。合併症として注意欠如・多動性障害が50%、てんかんが7%、精神発達遅滞が30%、不登校が23%となっていた。また、田中ビネーやWISC知能検査による知能指数の平均は82であり、精神発達遅滞に該当しない知能指数が70以上の割合は75%であった。

続いて支援の内容に移る。診察の間隔はケースに応じて月1～年1回と様々だが、継続診療を原則としている。初診時から調査期間にあたる2012年9月まで診療を継続していたケースは57%であり、年齢が18歳を超えたため精神科に引き継いだケースが4%であった。また、地域との連携では、医師が直接出向いて(主に学校)事例検討、コンサルテーションを行ったケースが141名と全体の30%であった。1ケースにつき何度か出向くことが多く、延べ数はさらに多かった。次に、心理士による継続的なフォローで、定期的に(主に月1回のペース)個別カウンセリングを実施してきたケースは260名(55%)であった。その他、養育にあたる親が子への対応を学ぶ「ペアレントトレーニング」(月1回)、就学への準備およびフォローを行うグループ「ピノキオ」(2グループ、それぞれ月2回)、小学生を対象とした(学習グループ)があり、それぞれ10%未満の人が利用していた。

図1 地域

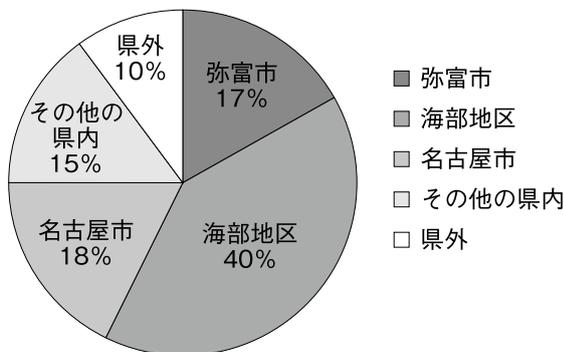
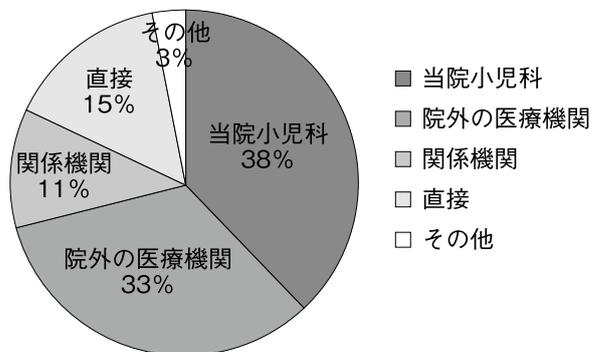


図2 来院経路



考 察

新患の総数は472名で、発達外来をスタートさせた2005年度が最も多く108名が初診として受診している。当時、地域で医療機関への受診ニーズが高まっていたことがうかがえる。

地域は広範囲に渡っており、それぞれの地域に専門的な医療機関が少ないことに加え、機関によって支援内容も異なるため、多少遠くてもニ

ズに合う医療機関を選択して診療を継続している現状があったと思われる。

来院経路では当院を含めた医療機関からの紹介が7割と大多数を占めたが、学校や保健センターなど他の関係機関からの紹介もみられた。院外の医療機関からの紹介が33%あり、地域に発達障害を見立てる医師が増えてきた一方、支援の準備はなく当院に紹介するケースがあったと思わ

れる。実際、他の医療機関で発達障害と診断を受けたが支援がなく当院を受診した方もいた。当院小児科から発達外来へ紹介となるケースも38%と多い。この中にはNICU退院後のフォローアップの中で発達障害の可能性が疑われ紹介となり、受診に至るケースが含まれていた。低体重で生まれた児は発達障害などのリスクが高いと言われており、発達障害に対する支援が求められている。また、不適応症状(心身症、神経性習癖、不登校など)を呈して小児科の一般外来を受診する児の背後に発達障害が存在していることも多く、一般の小児科医、発達障害を専門とする医師、臨床心理士の連携は意義が大きいと考える。

次に、支援の内容に関して振り返り、当院の発達外来において果たしてきた意義、課題と今後の展望について考えてみたい。その際、支援の特徴として、1) 積極的なコンサルテーション(環境調整)、2) 継続的な支援、3) 心理士の関わり、の3点に分けて考察する。

1) 積極的なコンサルテーション(環境調整)

発達とともに、患児は園や学校など外で過ごす時間が長くなり、地域でも特性に応じた支援環境を整える必要がある。発達外来では約3割のケースで、関係者に対するコンサルテーションの実践があった。関係者が診察に同席して助言を求めるケースもあるが、現在発達外来を担当している医師は直接現場に出向く機会を多く設け、顔の見える関係の中でより細やかな助言を行うことができた。

医療機関と学校などの関係機関との連携は、患者支援において重要な要素と考える。これらの機関の間で情報共有をすることにより支援者側の共通理解が生まれること、患者の行動の意味を周囲の者が特性の視点から理解できることで本人への肯定的理解が進むこと、支援者同士の信頼関係が相乗効果を生み出すことなど、が考えられる。これらは患者本人に対してより効果的な支援となり得ると考える。実際、医療にかかるだけでなく、周りの大人が特性を正しく理解し対応

することで、適応的な行動を増やし自己肯定感を育む機会は広がる。

現在、我々は、新しい連携の機会として、発達外来主催の勉強会や事例検討会について検討している。来年度に、地域の小・中学校の養護教諭を招いた勉強会を及び意見交流会の機会について計画しており、今後も継続的に運営する中で地域との協働を探っていききたい。

2) 継続的な支援

発達障害における症状や状態像は様々な条件下で変化しつつも、完全になくなるものではない。ライフステージごとにつまずきやすさがあり^{1) 2)}、継続的な支援が求められる。しかし、実際は療育機関を例にしても公的、民間ともに年齢を制限しており、一定期間で関係は途切れてしまう。その中で、医療機関が定期的に症状や状態像を把握している唯一の場になっている現状がある¹⁾。発達外来でも初診から診療を継続しているケースは多く、長い期間をかけての信頼関係と情報が積み重ねられてきている。

こうした早期からの継続支援は、青年期以後の対人関係、適応に影響を及ぼすという。辻井は「思春期青年期になると、それまで身につけてきたその子どもの適応、不適応的な行動が明確になる」と述べ、また「それまで深刻ないじめを受け、家庭や学校などで理解や支援が得られない場合、被害的迫害的な対人関係の構えが作られてしまう³⁾と、後々に及ぼすリスクに言及している。そして、豊田は「支援を受けるという経験を積み重ねている場合、支援を利用するという発想があることで次のステップに進みやすい⁴⁾と、支援の意義を述べている。

発達外来の診療は18歳で終結となるが、その後も継続して医療機関の受診が必要だと判断されるケースは院内外の精神科につないでいる。一般的に、発達障害が未診断のまま社会生活を送っている人が不適応に陥っても精神科の受診に抵抗を示すことが多く²⁾、支援につなぎにくいことが問題となっている。しかし、発達外来から精神科

への移行では抵抗なく、新しい医師とも程よい関係をもち定着できているケースが殆どである。早期からの継続的支援から波及する効果をここにおいても実感している。

3) 心理士の関わり

医師の診療に加え、心理士が様々な形で関わっている。個別カウンセリングを実施したケースは新患の55%と多い。以前は、発達外来初診予約までの対応として心理士が定期的に実施しており、そのまま継続していたケースも多い。現在も、子どもや家族に対する支援及び環境調整が必要な場合、医師が判断し心理士が対応している。

また親や子ども向けにグループアプローチの場を用意している。1グループで抱えられる人数に限りがあため、利用はそれぞれ10%程度となっているが、一定のニーズを満たし継続している。発達障害児に対するグループアプローチについて、豊田は「子ども同士のやりとりをその場で扱っていける環境は、子どもが自分の行動の結果を理解しやすいため望ましい行動を学びやすい」と方法としてのメリットを述べ、学齢期からのグループアプローチを「思春期に自己の異質性を意識し始めたときに、肯定的な自己イメージを育てる支えとなる」と、その意義について説明している³⁾。

その他、臨床心理士が継続的に企画、運営しているものがある。「カードゲーム、ポケモンゲーム大会」をイベント企画として開催している。これは同じ趣味を通じて仲間と楽しむ機会として、学校の長期休み毎に企画している。また、絵や工作、DVD作品などを発表する「ギフトィッドたちの作品展」を開催している。これは言葉とは別の手段での表現を安全な場所で発表する機会として、毎年夏に行っている。

おわりに

今年の1月で発達外来がスタートしてちょうど10年となる。当初、保育や教育現場を中心に発達障害の認識が芽生え、医療機関へのニーズが

高まっていた。当院における発達外来では、医療機関という限界がある中、発達障害の患者及びその家族、また地域のニーズにできる限り応えようと工夫しながら取り組んできた経緯がある。

10年経過する中で、政策、医療、地域の資源も以前より整いつつある。今後は地域の支援機関や支援者と連携していく医療機関として、発達外来を位置づけていく方向を探っていきたいと考えている。

参考文献

- 1) 辻井正次．発達障害児を支える生涯発達支援システム．臨心理 2014;14:827-831.
- 2) 山本真生子．成人発達障害者支援の取り組み事例とわが国の今後の課題．国立国会図書館レファレンス 7月号, 2010.
- 3) 豊田佳子他．高機能広汎性発達障害をもつ子どもたちへのグループ・アプローチ．臨精医 2007;36:607-610.
- 4) 辻井正次．成人になった発達障害の人たちが抱える課題と可能な支援．臨心理 2014;14:617-621.
- 5) 神尾陽子．発達障害の概念・分類とその歴史的変遷．精神科治療 2014;29:10-19.
- 6) 高木一江．学齢期の発達障害における医療相談と教育の連携支援．精神科治療 2014;29:203-205.
- 7) 岡田俊．青年期の広汎性発達障害における併存障害とその介入．精神経誌 2011;222-225.
- 8) 石川道子他．可能性のある子どもたちの医学と心理学．東京：ブレーン出版，2003.
- 9) 辻井正次．発達障害の現状と子どもを支援する専門機関の連携と今後の課題．臨心理 2014;14:472-476.
- 10) 大橋圭他．1994 から 2012 年における広汎性発達障害児の当院外来受診状況の推移．小児の精神と神経 2014;54:49-54.
- 11) 杉村省吾編著．発達障害親子支援ハンドブック

ク—保護者・先生・カウンセラーの連携．京都：
昭和堂，2013.

12) 神尾陽子．ライフステージに応じた自閉症
スペクトラム者に対する支援のための手引き．
東京：国立精神・神経センター精神保健研究所，
2010.

助産外来 活動報告

若原 梨沙・小舟戸 由美・松本 沙千・堀 愛・吉田 智子

助産外来とは、外来で正常経過の妊婦の健康診査および保健指導を助産師が自立して行うものである。医師が行う通常の妊婦健診の内容に加え、担当助産師が妊婦やその家族とゆっくり話をしながら、妊娠中に起こりやすいマイナートラブルへの対処法や分娩・育児への不安・出産準備など一人一人の状況に合わせた保健指導を行っている。当院では、2年の準備期間をかけて2011年11月に助産外来開設した。開設後に実施したアンケート結果では、妊婦の評価は概ね良好であった。今回は2009年度より開始した助産外来開設までの活動とその後の評価について報告する。

はじめに

助産外来とは、助産師が正常経過の妊婦の健康診査および保健指導を自立して行うもの(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/11/dl/s1104-3j.pdf>)であり、妊娠初期から一貫して妊婦健診に関わっている。女性やその家族とともに快適な妊娠生活や出産について考え、信頼関係を築いた上で女性の主体的な出産へとつなげることを目標とし、産婦の妊娠・出産・産褥・育児に対する自己意識を高めることで、対象自らの力で満足した体験ができたと感じられるように援助をしている。

助産外来のメリットは妊産婦・助産師・医師それぞれに挙げられる。妊産婦自身にとっては、完全予約制で待ち時間がないこと、健診時間にゆとりがあること、継続的ケアができること、相談のし易さ及び生活上の助言がなされること¹⁾などがある。妊産婦は助産師の役割を知ることによって分娩時の安心につながる。助産師にとっては、妊娠中から継続して関わることで、助産師としての視野・活動範囲が広がること、周産期の診断・ケア・管理ができる能力と専門性を高められる。また、職業

アイデンティティ・責任自覚・自立性が上昇し、やりがい感や助産ケアの質向上にも繋がること²⁾などが考えられる。医師にとっては、ハイリスク患者の治療に専念でき、外来業務の軽減につながる。

活動内容・経緯

2009年度 他病院の助産外来を見学した。2010年度から助産外来担当者2名で、外来通院中の妊婦を1名ずつ受け持ち実施した。医師の妊婦健診の後、妊婦健診・保健指導を行った。妊娠20週より、産後1ヶ月健診まで継続し担当した。2010年12月から医師・産婦人科外来との話し合いを実施した。医師との連携が必要な妊婦の基準、医師への報告基準、マニュアル、記録用紙等の作成を行った。これらの準備を行った後、病院ホームページ・院内掲示・院内でのちらし配布にて広報開始した。2011年11月助産外来を開設した。これまでの利用者は2011年度1名、2012年度13名、2013年度26名であった。

当院における助産外来の概要

対象は妊娠16週までの経過が正常で、医師が助産外来で管理可能と判断した妊婦で、助産

看護部産婦人科病棟

キーワード：助産外来 新規開設 助産師

外来への通院を希望した者としている。医師との連携が必要な妊婦については、開設前に設定した基準に基づいて運用している。診察は毎週水・木曜日の14時から16時15分までの枠を設定し、1枠45分を確保している(1日最大4枠)。

診察内容は、通常の妊婦健診に加え、妊娠に伴うマイナートラブルへの対処法・分娩に向けた準備・育児手技体験等を個々の状況に合わせて対応している。

状況に応じて医師と連携して健診を行っている。経過中に母児に何らかの異常のサインが見られた場合には、医師健診に移行する。経過が正

常であっても、節目健診として妊娠28週・36週、また、40週以降は医師の健診を受診する。また、担当助産師は産科病棟で4年以上の勤務経験をもつスタッフで構成しており、2015年1月現在で5人のスタッフを確保している。

助産外来利用者へのアンケート結果

助産外来開設後実施したアンケートを以下に示す。これは2013年4月から2014年3月までの間に20名の方にアンケートを実施し、その結果をまとめたものが表1・2である。

表1 アンケート結果 (n=20)

1. 助産外来の満足度は？		2. 同じ助産師が継続的に受け持つことはどうでしたか？		3. 医師の健診回数はどうでしたか？	
大変満足	15	とてもよかった	14	ちょうど良い	16
満足	3	よかった	4	少ない	4
普通	2	普通	2	多い	0
不満	0	あまりよくなかった	0		
やや不満	0	よくなかった	0		
4. 助産外来の診察時間はどうでしたか？		5. 健診の時間帯はどうでしたか？			
ちょうど良い	19	このままでよい	16		
長い	1	午前中がよい	4		
短い	0	もっと遅くがよい	0		

表2 アンケート結果 (設問6・7)

<p>6. 助産外来でよかったことは？</p> <ul style="list-style-type: none"> ・時間の幅が設けてあるので何でも聞けた。 ・お産についても詳しく話げできたので、満足のいくお産になった。 ・マニュアル通りではない助産師さんの声を聞いて励みになった。 ・具体的なアドバイスがもらえ、とてもわかりやすかった。 ・上の子達にも赤ちゃんの抱っこ仕方など、赤ちゃんを迎える楽しみを与えてもらった。 	<p>7. 助産外来で不安だったことは？</p> <ul style="list-style-type: none"> ・エコーの診察で何か見落としがないかと思うことがあった。 ・医師に助産外来に行きたいと言って良いのかなと悩んだ。
--	--

助産外来受診の開始時期は、利用者により異なり、20週から36週と大きく差があり、受診回数も2回から8回と差があった。そのため、助産外来の満足度について、2名の方からは「もっと早くからかかりたかった」という意見があった。同じ助産師が継続して関わることに関しては、肯定的な意見が大多数を占めたが、一部「他の助産師と関わることで、また違ったアドバイスをもらえるかもしれないと思った」という意見があった。今後は、利用者に確認し、希望があれば複数の助産師で受け持つことも考慮していきたい。健診の時間帯に関しては、経産婦からは「上の子のお迎えや昼寝の時間と重なるため、午前中もあと良かった」という声があった。今後、医師や産婦人科外来と相談し、健診の曜日や時間帯の拡大をしていきたい。助産外来で不安だったことの中に、エコーでの見落としがないかということが挙げられていたが、助産外来開始時には、助産師が行うエコーはコミュニケーションツールであり、児の体重や発育・顔や姿を見せることはできるが、エコーを用いての診断は行わないことを伝え、医師の節目健診でみてもらうことを伝えている。助産外来を開設し3年が経ち、利用者の感想は概ね良好であった。今後もアンケートを継続し、利用者からの声を基に更なる改善をしていきたい。

考 察

助産外来とは、正常経過の妊婦の健診・保健指導を助産師が自立して行うものである。助産外来を行うメリットは、妊産婦のみでなく助産師・医師にもある。

妊娠・出産体験が、妊産褥婦にとって満足のものであれば、子育てへの第一歩も自信を持って踏み出せるものと信じている。そのためには、妊産褥婦のかたわらに常に寄り添い、求められるケアの提供が必要である。妊娠から産褥までの全期間を通して、継続的に対象の求めるケア

の提供のためにも、助産外来は必要である³⁾。

当院では、2009年度より助産外来開設の準備をし、2011年11月開設に至った。今回は助産外来開設までの活動とその後の評価・今後の課題について報告した。

開設後、実際に助産外来を受診した妊婦からは、助産外来に満足という声が多く聞かれた。現在助産外来利用者は徐々に増加傾向にあるが、そのうち半数以上は病棟助産師が外来妊婦保健指導時等に個別で声かけをすることにより助産外来を選択している状況であり、自発的に助産外来を選択し受診している妊婦は少ない。

今後、病院ホームページを活用した広報の充実、母親準備教室時の案内の継続、新たな広報活動の検討、活動内容の再検討、医師や産婦人科外来勤務助産師との連携の強化をはかり、助産外来をより多くの方に知り利用していただけることを目指したい。医師と助産師のより良い連携のため、互いに信頼し合うパートナーとなるためには、信頼を得ていく行動と協力を得ていくことも必要である。相手を尊重したコミュニケーションという基本的な姿勢が求められる⁴⁾。また、妊婦にとって安全で快適な妊娠・出産のためには、産科医と助産師のチーム医療の推進と、助産師の資質の向上などが必要である⁵⁾。今後、カンファレンスやエコーの勉強会をするなど、助産師のスキルアップをはかるとともに、アンケートで指摘された内容の改善を図るなど、利用者の満足度のさらに向上するように活動を続けていきたい。

参考文献

- 1) 中林正雄．妊産婦健診 助産師外来のあり方と意義．母子保健情報 2008;58:30-32.
- 2) 田村教江．助産師外来からみた妊産婦支援．群馬母性衛生 2009;57:18-20.
- 3) 江角二三子．実践から学ぶ助産師外来設営・運営ガイド（ペリネイタルケア 05 年新春増刊）．

大阪:メディカ出版, 2005.

4) 石川紀子. 院内助産システムにおける医師と助産師の協働. 日周産期・新生児会誌 2014;50:111-113.

5) 中林正雄. 助産師外来のすすめ. 日周産期・新生児会誌 2008;44:1141-1142.

自費未収金回収への取り組みについて ～未収金減少へむけて～

和田 悠希・山田 富幸

当院医事課では医療費の未収金が問題となっている。未収金の減少につなげるために今回種々の方策を複合的に考え、実施した。その結果、対策実施後は未収処理の件数が2014年上半期と下半期を比較して約14%減少した。診療実患者数で統計学的な検討を行うと、有意な減少であった。未収金を減らすためには1つの方策ではなく、種々の対策を複合的に講じることが重要であると考えられた。

はじめに

高度医療を継続して多く患者さんに提供することは基幹病院である当院の責務と考えている。これを長く維持するには病院の経済的基盤は欠かせない。しかしながら、当院では医療費の未収が問題となっており、今まで様々な手法で督促を行ってきたが、未収金の減少に繋がる効果がなかなか得られなかった。そこで、改めて未収金の回収方法について現状の問題点を洗い出し、その対策について検討した。その過程と成果を報告する。

方 法

- 1) 従来の未収金の督促方法とその問題点について整理した。
- 2) 新しい対策を複数立案した。
- 3) 上記立案を2014年6月から開始した。2014年上半期(1月から6月)と同年下半期(7月から12月)の未収件数データを比較検討した。同一患者が複数の受診で2回以上未収金を発生した場合は1件とカウントし、実患者数で検

討した。未収件数の比率についてはカイ2乗検定を行った。

結 果

2013年度までの未収金督促状況は次の様なものであった。督促は電話で実施していたが、電話が繋がらず、連絡がついていない未収患者がいることがわかった。督促方法や督促回数の指定がないことや、督促状況のチェック機能が弱いことが問題点として挙げられた。初期の段階で患者さんに未収があることを意識させ、継続的に督促を行なうことが早期回収に繋がると考えられた。

新しい対策を立案した。まず、外来分については前日診療分の未収患者を未収金管理システムを利用して抽出した。そのデータをもとに各科外来事務へ督促を依頼した。督促は、電話連絡を利用した。連絡が取れた患者については支払い約束日を未収金管理システムへ入力し、連絡が取れない患者については時間帯、日にちを変えて再度電話にて督促した。それでも不通の場合は督促状を送付し、連絡が取れない患者について初回の督促は最低でも3回行なう運用とした。督促経緯は全て未収金管理システムへ入力を行ない、督促が終わったらリストを回収して督促が行

医事課

キーワード：医療経済 医事課 未収金

えているかの確認と、支払い約束日の入金確認を管理するようにした。入院分については、基本的には外来と同じ方法を採用することにした。未収患者リストの抽出時期を毎月10日と25日行い、各病棟担当者へ連絡し督促を依頼することとした。ここでいう未収患者とは未収発生後15日超過している者とした。

また、入院患者さん全員に限度額認定の申請を促す案内をした。この申請により患者さんの負担金が少なくなれば経済的理由で未収となるケースが減少するのではないかと考えた。入院費については、入金期間にもよるが1件で数十万円に上るケースも少なくないからである。

また、事故で入院される患者さんは自由診療(1点20円)により医療費が高額に上るため、損害保険会社の請求先を確認するようにした。長期入院の患者に関しては、入院費をまとめて損害保険会社に請求すると一定期間の未収が増えるため、1ヶ月単位で医師へ診断書を依頼し、こまめに請求をかけ未収を膨らませないように努めた。

このような複数の対策を講じる前と後の未収金の比率と件数を比較した。2014年上半期未収金の比率と件数を比較した。2014年上半期未収金発生件数は516件であった。上記の方策を講じた同年下半期の未収金発生件数は443件であった。この期間に14.1%の減少を認めた。2014年上半期に来院した実患者数は98,907人、同年下半期に来院した実患者数は103,392人であった。この件数から未収患者の比率を統計学的に検討すると有意な減少であった(カイ2乗検定; $p=0.0018$)。

考 察

当院では医事課職員、会計窓口担当者、一部の外来事務員のメンバーにて未収金会議を月に一度開催している。未収金会議では、長期化している入院・外来の未収患者を中心に督促状況を報告し、今後どのように対応していくかの検討を行なっている。電話、文書で督促を行なっていて

も、患者側に支払いに応じてもらえない場合には自費未収金回収業務の外部委託への選択肢も視野に入れて検討を行なっている¹⁾。最近では、債権回収業者へ外部委託して債権回収を実施している医療機関が増えている。回収にかかる職員の労力や時間と債権回収業者への委託費用を比較して考えると、委託業者に成功報酬を支払ってもそのほうが回収効率がよいという報告もある²⁾。大部分の医療費未収患者は、経済的理由や現金の持ち合わせがないなど、確実な回収の方向へ解決を図ることができるが、最初から支払い意思のない患者に対しては、直ちに債権回収業者へ外部委託することも得策だと考えられる。

今回の新しい立案より前から、当院では2013年1月よりクレジットカード決済にも対応できるようにしている。決済の利便性を高め、未収金の減少を目指している。

今回の取り組みを行なった結果、未収処理の案件の減少に繋がった。また、職員への未収督促方法を周知徹底することにより未収に対する医事課職員個々の意識が高まった成果の表れと考える。今後、今回の方策を継続していけば、半期ベースでは更に改善が見込まれると考えられるが、この結果に満足するのではなく、医事課連絡会と未収金会議を通じて常に改善意識を持ち、未収減少へ向けて新たなる方策を打ち出していきたい。

参考文献

- 1) 一瀬太一, 飯田健司. 未収金回収のための法的文書と作成ポイント. 医事業務 2011;18 (397):5-12.
- 2) 相田浩寿. 自費未収金管理と弁護し依頼の効果. 医事業務 2011;18 (397):13-18.

急性期病院併設型通所リハビリテーションの 役割と現状報告

楠 智也・南口 ひとみ

当院には、通所リハビリテーション「きらら」という施設が併設されている。通所リハビリテーションは、利用者が可能な限り在宅で日常生活を営むことが出来るように必要なリハビリテーションを行い、心身機能の維持回復、向上を目標にしたサービスを提供する施設である。本施設では個別リハビリ、介護職が行うリハビリ、介護予防体操、回想法を実施している。また胃瘻等の医療処置をおこなっている患者を受け入れて、医療処置が必要なままの退院となった患者や家族の不安を払拭する役割を果たしている。今回は「きらら」の現状報告と、役割・課題について報告する。

はじめに

きららは当院の南側の敷地に位置する急性期病院併設型通所リハビリテーション施設である(図1)。一度に利用できる人数は40名で、サービス提供時間は6～8時間としている。医療依存度の高い人を積極的に受け入れる方針としている。全ての利用者に個別リハビリを提供している。認知症利用者にも専門的なリハビリの提供を行っている。

海南病院併設のため、他施設よりボランティア人員は充実している。日曜日以外は全て営業(年末年始除く)している。多くの医療・福祉資格保持者が活動を支えている。

働いている職種

理学療法士2名、作業療法士1名、言語聴覚士1名(準職員)、看護師9名(うち1名準職員・3名パート職員)、社会福祉士1名、歯科衛生士1名、介護福祉士7名、ヘルパー2級2名、事務員2名(準職員) 運転手 5名(パート職員)で構成されている。

通所リハビリテーション・きらら ソーシャルワーカー
キーワード：通所リハビリテーション 高齢者
地域包括ケア

利用状況

2014年4月現在、利用登録者総数107名、男女比は63:44で男性がやや多い傾向である。年齢分布は図2に示す様に70歳台がピークであるが、90歳台の方も11名通っている。1日の利用者は平均すると35人前後である。その中で医療的依存度の高い利用者を曜日別にみたものを図3に示す。曜日別にはあまり偏ることなく10人前後の利用がある。1日あたり、6、7人の経管栄養の管理を行い、3から多いときで4名の気管切開の方を受入れている。利用者全体では経管栄養(胃瘻)12名、経管栄養(鼻管)3名、人工呼吸器装着2名、気管切開7名、尿道バルーン装着2名、血糖測定・インスリン注射6名を擁している。

きららの1日の流れ

朝は送迎に始まり、到着後はバイタルチェックを全員に行う。その後入浴をし、口腔体操・嚥下訓練を行う。昼食後は口腔ケアを実施し、それが終了すると集団リハビリテーションに入る。午後3時頃にはおやつ時間としている。間食の時間が終了するとふたたび送迎をしてきららの1日が終了する。入浴、食事、おやつの

時間以外は「個別リハビリ、介護職が行うリハビリ、介護予防体操、回想法」を実施している。

新規利用者の現状

在院日数の短縮化に伴い、まだまだリハビリをすれば機能が向上されることが見込まれる方が早期に退院し、そのまま当施設で受け入れるケースが多い。医療処置が必要なままの退院となり、本人・家族ともに、不安を感じているケースがみられる。近隣には医療依存度の高い利用者を受け入れる介護施設が少ない。2011年の全国のデータ¹⁾と2014年4月の当院のデータを比較すると、当施設では「介護3」以上の利用者が多く集まっている傾向が見られた(図4)。

きららの役割

急性期病院併設型通所リハビリテーション施設として、我々は医療依存度の高い重度患者や地域の事業所では受け入れ困難なケースを積極的に受け入れている。認知症患者も受け入れていく方針としている。また、急性期病院からの直接的な受け入れも行っている。このような受け入れ体制を整え、通所者やその家族の不安を払拭するのが我々の役割と考えている。

更に地域の事業所との連携を強化し、地域全体の介護の質を上げるようリーダーシップを発揮することを心がけている。地域の研修会の企画や当施設への見学・実習受け入れなどを積極的に行っている。我々は、利用者・家族・地域を取り込んだ包括的ケアを提供し、認知症予防や様々な形態のリハビリテーションに取り組んでいく方針としている。

きららの今後の課題

重症度の高い患者を受け入れ、質の高い看護・リハビリ・介護を提供するための人員をどうやっ

て確保していくか。そして、ベッド4床、機械浴2台(寝浴なし)という既存のハード面に対して、どこまで、どうやって重症度の高い患者を受け入れるかを考えていく必要がある。また、急性期患者の受け入れに際して、全スタッフは常に新しい医療専門知識を取り込んでいくことが必須となっているので、研修体制の確立を図っていくことが大切と考えている。

結 語

今後急速に増加が見込まれる高齢者をどのようにみていくかは国全体の課題となっている。国の方針に沿って、急性期病院併設型通所リハビリテーションであるきららは、地域包括ケアの実現に向け、医療・福祉・介護全ての分野と連携を図りながら、可能な限り急性期患者を受け入れていく方針としている。また、病院完結型から在宅完結型へ移行している現在の医療システムに沿った機能を発揮できるように、きららの職員の技能向上を図っていくことに努めていきたい。

図1 きららの屋内



図2 利用者の年齢分布

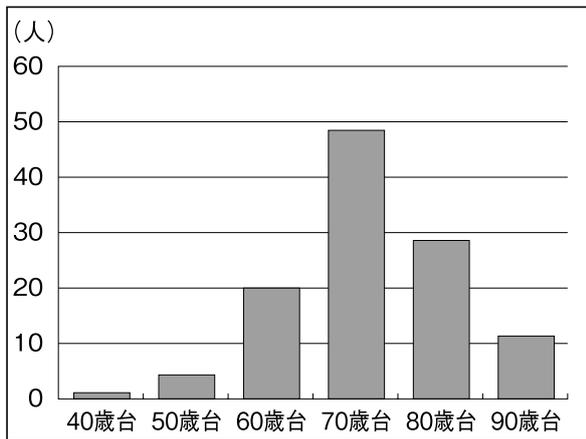


図3 医療処置を有する通所者の利用状況 (2014年4月7日～2014年4月12日)

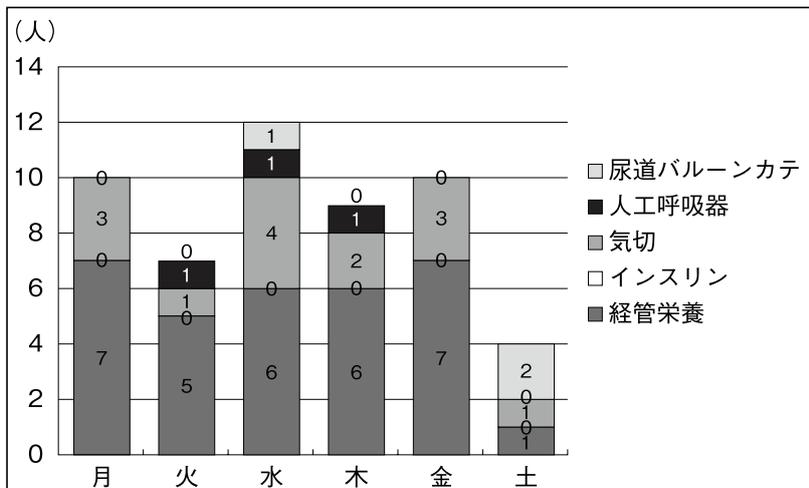
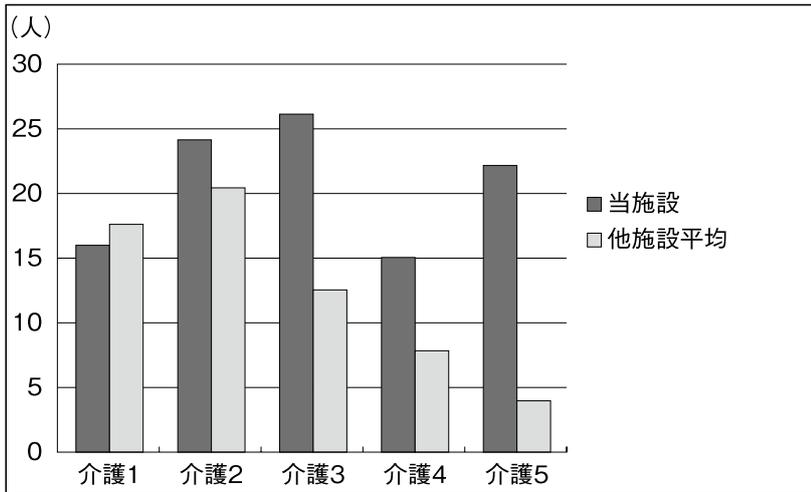


図4 全国他施設平均（2011）と当施設（2013）の介護度の比較



参考文献

- 1) 三菱総合研究所 人間・生活研究本部．介護サービスの評価に関する利用実態等を踏まえた介護報酬モデルに関する調査研究事業報告書．三菱総合研究所，2012:12.

【その他】

MRIの安全性について

川合 信也・水谷 弘二

MRI装置は現在、多くの病院で稼働しており、画像診断において重要な役割を担っている。放射線被ばくがないなど、多くの利点が挙げられるが、強力な磁場を使用しているため、強磁性体の持ち込みによる、吸着事故というリスクも注意しなければならない。最近では、3.0TMRIが普及し、高磁場化が進んでおり、更に注意が必要となる。吸着事故などのリスクを回避するには、放射線技師をはじめ、他職種の職員にもMRIの危険性と安全性の知識の共有が必要となってくる。

はじめに

当院では、2013年10月よりフィリップス社製3T(テスラ)MRI「INGENIA」が稼働し、現在3台のMRI装置が稼働している。検査数も年々増加しており、昨年度は15,660件撮影し、その内、日当直帯では558件撮影した。MRIは、急性期脳梗塞の診断に有用であり、救急医療において撮影頻度が高くなっている。しかしながら、MRI装置は静磁場、傾斜磁場、ラジオ波(RF)に起因する様々な効果が考えられ、安全性に関しての配慮が必要である¹⁾。今回、MRIの危険性と安全性を紹介し周知し、事故のない安全なMRI運用を目指したので報告する。

MRI装置の構成

MRI装置は、静磁場に関わるマグネット、傾斜磁場に関わるグラディエントコイル、RF波(ラジオ波)に関わるボディコイルの3層構造になっている。放射線は使用せず、磁場を用いて人体の中の水素の原子核(プロトン)の挙動を画像化

しているため、放射線被ばくはない。しかし、常時磁場が発生しているため、撮影していない時でも撮影室の立ち入りには細心の注意が必要である。

安全管理におけるMRIの3大特性

- ①磁場の力学的作用：安全管理上、最も重要なのは静磁場による力学的作用となる。これは、MRI室内の持ち込まれた強磁性体(酸素ボンベ・車椅子・支柱など)が、磁場に強く引きつけられてマグネットの向かって飛んでいく現象である。特にこの現象をミサイル効果といい、アメリカでは引きつけられた酸素ボンベが被験者にあたり、死亡事故が起こっている²⁾³⁾。3.0Tは1.5Tの3倍の吸着力になり、検査室への磁性体の持ち込みは大変危険である。また、マグネットは非常に協力で、いったん吸着された車椅子やストレッチャーは人の力で引き離すことはできない。図1に撮影装置に吸着された車いすの事例を示す。磁場を弱めて離すことになるので、数日検査機器が使用不可能となってしまう。
- ②斜磁場による神経刺激：MRIの画像は傾斜磁場によって、磁場を変化させることで、スライ

放射線技術科

キーワード：MRI 安全管理

結 語

MRIは被ばくもなく安全で、画像診断に優れている装置である。しかし、注意を怠ると重大事故につながることもある。MRI装置を安全に運用するためには、MRI周辺で業務を行う職員に禁止・禁忌事項を周知し、検査技師は検査可能な患者か否か確かめると共に、MRI室に入室する際は再度身につけている物の確認を行うことが重要である。

ス厚や位置に決めている。磁場が時間的に変化すると、誘導起電力が発生し、手足の指先がピリピリする末梢神経刺激が、発生することがある。1.5Tはほとんどなく、3.0Tで稀に出現する。撮影時は、傾斜磁場コイルのON・OFFの切り替えによって騒音が発生する。

- ③ RF波による発熱：MRIの画像はRF波を人体に照射し、プロトンを拳動させ、帰ってくる信号を受信し、画像化している。RF波を照射すると、体が温かく感じることがある。RF波に関する安全管理は、厚生労働省の定めるSAR (Specific Absorption Rate) で管理されている。SARとは、患者が吸収する熱エネルギーを単位重量あたりで示す値で、これを抑制するために患者に対するRF出力を制限することがある。特に3.0Tは発熱の可能性も高いので、SARの制限内での撮影が必要となり、RF出力の調整に時間をかけている。

持ち込み禁止・禁忌事項

体内埋め込み機器をもつ患者への注意：ペースメーカーや人工内耳を装着されている方は、撮影できない。しかし、MRI対応可能のペースメーカーでは、医師とMEの立会いの下、撮影可能となっている。

磁性体の持ち込み禁止：凶器となる磁性体、すなわち、酸素ボンベ、車椅子、ストレッチャー、支柱などである。

使用できなくなるもの：強い磁場に暴露された結果、使用出来なくなる機器がある。時計、携帯電話、キャッシュカードなどが挙げられる。

アーチファクトとなるもの：ヘアピン、イヤリング、カイロ、入れ歯などが挙げられる。

体内金属の材質確認：体内金属については、添付文書での確認が非常に有効となる。

図1 MRI撮影装置に吸着された車いす (当院事例)



参考文献

- 1) 宮地利明. MRIの安全性. 日放線技会誌 2003;59:1508-1516.
- 2) ECRI hazard report. Patient death illustrates the importance of adhering to safety precautions in magnetic resonance environments. Health Devices 2001;30:311-314.
- 3) Chaljub G, Kramer LA, Johnson RF 3rd, et al. Projectile cylinder accidents resulting from the presence of ferromagnetic nitrous oxide or oxygen tanks in the MR suite. Am J Roentgenol, 2001;177:27-30.

【特別寄稿】

病院機能評価からみた、当院のさらなる取り組みと課題 －自己評価をかえりみて－

病院長 山本 直人

はじめに

当院は平成20年度から約2年間の基本構想をへて、平成22年度に大型施設整備に取り組み、全体施設整備終了は平成28年までとなるものの、病院機能に関しては本年平成27年2月で竣工を迎える事となる。「コンパクト、高機能、次世代型」のコンセプトのもと設計された、新しい病院に、息吹を吹き込み、急性期のモデルとして、新しい海南医療モデルを発信すべく、日本医療機能評価機構の第三世代 Ver.1.0 の解説集を読み込み、自己評価により、今後当院のさらなる取り組みと課題をまとめてみたい。また、安全でより質が高く、患者に寄り添う医療提供のための提言もまじえて、本稿を改善のきっかけとしていただければ、幸いである。

方法

日本医療機能評価機構の病院機能評価解説集、一般病院21)をもとに、当院の現況を自己評価した。なお、現在の第三世代 Ver1.0 では、4つの領域に分類されており、第一領域；患者中心の医療の推進、第二領域；良質な医療の実践1(以前のバージョンのいわゆる病棟でのケアプロセス、ただし新しいバージョンでは評価は、やはり病棟でのケアプロセスではあるが方法は大幅に変更となり、代表症例の外来受診から入院そして退院までの経過を追跡する症例トレース方式となる)、第三領域；良質な医療の実践2、第四領域；理念達成に向けた組織運営となる。今回はおもに、第一領域、第四領域を重点自己評価として、一部、第2領域である、病棟でのプロセスも考慮した。

結果および考察

自己評価結果とさらなる取り組みへの課題と提言

自己評価を通して感じたことは、当院として、おおむね適切な対応と良質な医療の提供がなされているものと思われる。

近年の医療提供のあり方として、当然といえばまことにそうであるが、医療安全と医療関連感染制御を、大きな2本の柱として、患者中心の多職種連携のチーム医療がいかに展開されているかというプロセスが問われる。当院では、この2本の柱に関しては、実働として医療安全管理室と、ICT(インфекションコントロールチーム)が存在し、尚かつ、調査、提言、指針などに関して、かなりの権限が病院長から委譲されていることは重要な事と考える。最終的な判断は、このチームと病院長との協議のもと決定され、病院危機管理がマネージメントされるものと思われる。

患者中心のチーム医療という観点からは、やはり、理念につづく基本方針と患者の権利の明文化と定期的な見直し検討が必要であろう。(基本的に理念はそれほど変える必要はないと考える)。まず、以下は当院の基本方針の7項目である。

1. 医の倫理をしっかりと見据え、和を大切に、心ある医療を実践します。
2. 患者さんとの信頼関係を築き、納得いただける患者参画型医療をめざします。
3. たゆみない研鑽を重ね、質の高い、安全で安心な医療を提供します。
4. 地域における病院の役割を自覚し、連携医療体制を確立します。
5. 個人情報保護しつつ、病院をより理解していただくため情報開示に努めます。

6. 高い専門性と豊かな人間性をもつ医療人を育て、活力ある職場環境を醸成します。
7. 地域医療を担い守るため、効率的な病院運営に努め、経営の安定を図ります。
8. 医療・保健・福祉活動を基盤とし、健全な地域社会発展に貢献します。

項目別にみた場合、2. 4. 6. の項目の表現を変更する必要性は感じないが、患者参画型医療、連携医療体制、という文言で表されている内容に関しての取り組みを病院としてさらに明確にしてゆく必要があるだろう。特に、患者擁護という意味においても、山口育子理事長のCOMLにおいて作成された、「新、医者にかかる十箇条」に対応させて、患者と協同の医療を掲げ、島根県立中央病院副院長の菊池清先生が提唱される、「医療者の心得 10 箇条」は、極めて興味深いものである(詳しくは、日本メディエーター協会ニューズレター第 10 号にて詳述されている)。項目 5. における「病院をより理解していただくため情報開示に努めます」という文言は、目的と情報開示がはっきりしないので、さらなる表現の検討が必要と思われる。項目 6. の活力ある職場づくりには、当院の現在の取り組みである、GKH (Gross Kainan Happiness: 海南総幸福度) に大きな期待をした。

次に、以下が現在の当院の患者の権利と責務の 7 項目である。

患者の権利と責務

1. 良質で安全な医療を受ける権利：患者さんは最新の医学的根拠に基づく良質で安全な医療を平等に受ける権利がある。
2. 医師や医療機関を選択する権利：患者さんは医師や医療機関を自由に選択し変更することができ、どのような治療段階においても他の医師の意見を求める権利がある。
3. 医療行為を選択し決定する権利：患者さんは診断に必要な検査や治療を医師の説明の範囲内において選択し決定する権利

がある。また、患者さんは医学研究や医学教育に参加するかどうかを決定する権利がある。

4. 医療上の情報と説明を受ける権利：患者さんは自分の医療上の記録を含むあらゆる情報を知るとともに、十分な説明を受ける権利がある。
5. プライバシーが保護される権利：患者さんは健康状態、症状、診断、治療及び予後など医療上の情報をはじめ、個人の身元を確認できる情報も保護される権利がある。
6. 人間的な尊厳を求める権利：患者さんは医学知識に基づき苦痛の除去を求める権利がある。また、終末期ケアにおいて、人間的な尊厳を保ち安らかに死を迎える権利がある。
7. 医療への参加と協力の責務：患者さんはよりよき医療を受けるために、病院のルールを守り、医療従事者との信頼関係を築くための協力をする責務がある。

項目別に見た場合、項目 2. に関しては、近年、セカンドオピニオンという言葉自体が患者側にも浸透しており、この文章のなかに () つきで明確にセカンドオピニオンと明示してもいいのではないかと考える。項目 3. は、インフォームドコンセントであるが、説明、納得、同意のプロセスから考えると、大部分の病院がそうであるが、記録ということにおいて、説明、同意に終わっており、理想的には、納得の部分、たとえば患者側の質問事項とそれに対する回答を簡潔に盛り込む工夫ができれば、尚よいのではないだろうか。項目 6. は、ターミナルケアであるが、厚生労働省も、強くもとめているところであり、当院としても、ターミナルケアや緩和医療にもさらなる取り組みをすすめ、いずれ緩和ケアセンターの設立をめざしたい。

上記、基本方針や患者の権利と責務は、全職員への周知が求められ、患者を擁護し、患者に寄り添う医療を展開する意味でも、研修会なども

今後の課題であろう。また、研修としては、最近、患者の権利以外にも、倫理、個人情報保護などをテーマとしての研修会開催が、強く求められているが、同様に検討してゆく必要があると考える。また、個人情報保護においては、本会からの指示もあり、厚生連組織では、よく取り組みがなされているものの、病院ごとの特性もあり、それぞれの医療現場としては現実困っている事例や判断もあるかと思われ、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」に関するQ&A(事例集)が、平成25年4月に改定されているので、他の最新情報もあわせ、整理をかけてゆきたいものである。

倫理については、現場での多職種での倫理的課題のカンファレンスと記録(以前、倫理課題シートを作成を提言したことはあるが)、が必要であると考え。また、中央の倫理委員会での検討に結びつける仕組みが求められるが、実際、当院を含め、ほとんどの病院ではシステムはあるものの、実働という意味では完全となっておらず、現場と一部MSWに委ねられているのが実情であろう。先進的試みとして、横浜労災病院が始められ、中部地区では、名古屋第二赤十字病院が、ごく最近モデル的に開始された、組織横断的な、倫理コンサルテーションチームの活動は、是非当院でも検討したいところである。

当院は、教育病院としての役割を担うところでもあり、教育研修棟の完成に期待するところは大きいですが、運用として、職員個人の能力開発と育成プログラムを、病院全体版と各部署版にて検討を重ね、個人の能力向上の「見える化」がはかられば、なおよいことと思われる。

おわりに

日本医療機能評価機構の病院機能評価を用いて、自己評価を試みたが、おおむね適切であると感ずる。さらなる取り組みをすすめたい部分も若干みられ、ある程度の提言もまじえ考察したな

かで、海南病院オリジナルの医療モデルの発信をしてゆきたいものである。平成28年秋以降の全体施設整備の完了とともに、地域に信頼される基幹病院として、ますますの発展を共に、願うところである。

参考文献

- 1) 橋本 勉生 総監修 病院機能評価機能種別版 評価項目解説集 一般病院2 <3rdG:Ver.1.0.>. 東京:日本医療機能評価機構 2012.

海南病院学術雑誌の投稿規定

医療の質の向上と、学術的情報の共有のため、海南病院学術雑誌を定める
その投稿は以下の規定による。

1. 投稿原稿は総説、原著、研究報告、症例報告、短報、その他とし、ほかに、編集委員会が掲載の必要性を認めた総説や意見などとする。
2. 論文の原稿は邦文とする。
3. 投稿論文は未発表・未掲載のものとする。他雑誌に掲載されたものを重複して投稿してはならない。
4. 投稿に際しては筆頭著者は海南病院職員でなければならない。
5. ヒトおよび動物を対象にした研究論文は、1975年のヘルシンキ宣言(1989年改訂)の方針に従い、必要な手続きを踏まなければならない。
6. 投稿原稿の採否および掲載順序などは編集委員会において決定し、編集委員長の名で著者に連絡する。
7. 原則として、投稿原稿は以下に定める「執筆要項」に従った原稿によるものとする。
 - ① 原稿はワープロソフトを用い、横書き、新かな使い、常用漢字で記載する。句読点は全角(、)を用いる。投稿原稿の枚数は図表(図表は一つ400字に換算する)などを含め5000字以内とする。
 - ② 外国語の人名、地名、学名は原綴を用い、一般化したものはカタカナでもよい。省略形を用いる場合は、専門外の読者に理解できるように留意する。論文の表題や概要の中では省略形は使わない。標準的な測定単位以外は、本文中に初めて省略形を用いる時、省略形の前にそれが表す用語の元の形を必ず記す。
 - ③ 和文抄録(400字以内)を作成する。また、氏名、所属、連絡先を英文でも記載する。論文は、原則として、目的、対象と方法、結果、考察および結論として見出しをつけて記載すること。
 - ④ 原稿の1頁目には、表題、著者名、所属部署名、連絡先、表および図の数などを記載すること。
 - ⑤ 図表は必要最小限にとどめること。図は白黒とする。カラー写真などはカラーと白黒の両方を留意する。図表は不都合なときには、使用ソフトなどについて編集委員会がその都度指示する。図説明文は別頁とする。
 - ⑥ 本雑誌の単位符号は原則としてSI単位を用いる。(JISZ8203参照)
例：1) 長さ、面積、体積 km、m、cm、mm、 μ m、nm Å
 - ⑦ 引用文献は引用順とし、末尾文献表の番号を片括弧数字で記す。文献は本文中では引用した順に、¹⁾、²⁾、³⁾…と番号を付ける。

雑誌の場合、全著者名・表題・雑誌名・年号；巻数：頁-頁、の順に記す。

- 1) 田島静，千々和勝己．初夏に某小学校で発生した小型球形ウイルス(SRSV)による集団食中毒事例．日本公衆衛生雑誌 2003;50:225-233.
- 2) Adamson J, Hunt K, Ebrahim S. Socioeconomic position, occupational exposures, and gender: the relation with locomotor disability in early old age. J Epidemiol Community Health 2003;57:453-455.

単行本の場合、編・著者名・書籍名・所在地：発行所、発行年：頁、の順に記す。引用頁は全般的な引用の場合には省略することができる。

- 3) 川上剛，藤本瞭一，矢野友三郎．ISO 労働安全・衛生マネジメント規格．東京：日刊工業新聞社，1998.
- 4) Detels R, McEwen J, Beaglehole R, Tanaka H. Oxford Textbook of Public Health. The Scope of Public Health. Fourth Edition. Oxford:Oxford University Press, 2002.
- 5) 川村治子．リスクマネジメント．高野健人他編．社会医学事典．東京：朝倉書店，2002:98-99.
インターネットのホームページは参考文献として認めない。

8. 投稿原稿は院内 mail 添付ファイルにて編集事務局に送付する。その際には、他雑誌に未発表・未投稿である旨を宣言した書面を沿えて、下記宛に送る。表題の頁の左肩に、研究論文の種類(総説、原著、研究報告、症例報告、短報、その他の別)を記入する。

9. 投稿先

海南病院学術雑誌編集事務局 教育研修課

【編集後記】



昨年から今年にかけての冬は例年になく、厳しい冬で、北海道では猛吹雪が続き、当院でも多数のインフルエンザの患者さんを受け入れました。職員の感染も散発的に見られ、一時期診療に影響が出ていました。そんな中で医療事情はかなり厳しく、当院も各部門でいろいろな工夫をしてしのいでいるのが実情です。

今回、当院で始めて事業年報とは別に学術雑誌を発刊することになりました。編集委員の方々、また投稿していただいた職員の皆様には厚くお礼申し上げます。

この学術誌のコンセプトは当院職員の業績を記録として残し、その内容を院内外に広く理解して頂くことを目指しています。

今回は初回の発刊で、編集スタッフは未経験の者ばかり、まったく手探りの状態からスタートしました。執筆者は多職種に渡っており、その実情を把握することから始まりました。執筆者にとっては当たり前の事柄が、他の職種の者にとっては理解が容易ではなく、状況の説明が必要なことが多々あります。それを執筆者に理解していただき、加筆しいたき、他の職種の方々にも理解しやすいように我々が編集しました。

今回院内各部署より原稿をお寄せいただきました。職種は多岐に渡っています。院内各部署には、本来なら既存の雑誌に投稿できる内容のものが院内に多々あると感じております。各自の創造性は豊かでもその表現の方法が十分でないために発表をためらっている場面が少なからずあると思います。当院の職員たちがこの学術誌でその方法を学び、発表の場が広がっていくことを願っています。

なお、本誌は当院ホームページにも掲載します。カラー図表などを詳細にご覧になりたい方はこちらをご参照下さい。

海南病院学術雑誌編集委員会 委員長 矢口豊久

<http://www.kainan.jaaikosei.or.jp>



JA 愛知厚生連海南病院 学術雑誌編集委員会

病院長：山本 直人
担当副院長・委員長：矢口 豊久

教育研修室長：堀田 郁浩
教育研修室係長：伊奈 知樹
(順不同・敬称略)

JA 愛知厚生連海南病院学術雑誌
第1巻 第1号
The Journal of Kainan Hospital
Vol.1 No.1 2015

2015年5月16日 発行

編集 JA 愛知厚生連海南病院 学術雑誌編集委員会

発行 JA 愛知厚生連海南病院

〒498-8502 愛知県弥富市前ケ須町南本田396番地

TEL (0567) 65-2511 (代表)

印刷 株式会社 ジーピーセンター

〒470-1161 愛知県豊明市栄町三ツ池下33番地3

TEL (0562) 97-1221
